

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
MARIANO DÁMASO BERAUN DEL DISTRITO DE
AMARILIS, 2017”**

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TESISTA

Ballarte Malpartida, Eugenio

ASESORA

Mg. Leiva Yaro, Amalia Verónica

HUÁNUCO - PERÚ

2017

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MARIANO DÁMASO BERAUN DEL DISTRITO DE
AMARILIS, 2017”**

2017



UNIVERSIDAD DE HUANUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 5:00 horas del día 07 del mes de diciembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:


- | | |
|--|------------|
| • Dra. Gladys Lilliana Rodríguez De Lombardi | Presidenta |
| • Lic. Enf. Diza Berrios Esteban | Secretaria |
| • Lic. Enf. Wilmer Teofanes Espinoza Torres | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°2241-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARIANO DÁMASO BERAÚN DEL DISTRITO DE AMARILIS - 2017", presentada por el Bachiller en Enfermería Sr. Eugenio BALLARTE MALPARTIDA, para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado por Unanimitad con el calificativo cuantitativo de 1.7 y cualitativo de Suficiente.

Siendo las 6:15 horas del día 07 del mes de Diciembre del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

LISTA DE ACRÓNIMOS

SSR	: Salud Sexual y Reproductiva
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
I.E	: Institución Educativa
EESS	: Establecimiento de Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
EAP	: Escuela Académico Profesional
UDH	: Universidad de Huánuco

:

DEDICATORIA

A Dios por iluminar mis acciones y darme las fuerzas para culminar mis metas.

A mi Madre Rosa por brindarme su apoyo desinteresado, confianza y amor en cada etapa de mi vida. Y por ser mi motivo para seguir adelante a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero reconocer a través de estas líneas a todas aquellas personas que formaron parte de la elaboración de esta investigación y mi formación como enfermero.

A DIOS por la vida, por hacerme como soy y permitirme obtener este logro.

A la Mg. Leiva Yaro Amalia por su infinita paciencia que contagia y aporte a este estudio.

A la Universidad de Huánuco por ser una institución líder de la Región y formador de grandes profesionales.

A la institución educativa Mariano Dámaso Beraún por permitirme desarrollar esta investigación.

A los docentes de la EAP de Enfermería quienes me impartieron sus conocimientos para ser un profesional competente.

A los adolescentes de la I.E por ser participativos y materia prima de grandes profesionales.

ÍNDICE

Portada.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiv
ÍNDICE DE ANEXOS	xv

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general:	4
1.2.2. Problemas específicos:.....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General:.....	5
1.3.2. Objetivos específicos:.....	5
1.4. Justificación e importancia	5
1.4.1. A nivel teórico	6
1.4.2. A nivel práctico	6
1.4.3. A nivel metodológico.....	6
1.5. Viabilidad	7

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO	7
2.1. Antecedentes de investigación	8
2.1.1. A nivel internacional:.....	8
2.1.2. A nivel nacional:	13
2.1.3. A nivel local:	18
2.2. Bases teóricas que sustenta en el estudio.....	18
2.2.1. Teoría del conocimiento de Kant.....	18

2.2.2. Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud en el Perú.....	19
2.2.3. Modelo de autocuidado	20
2.3. Bases conceptuales.....	20
2.4. Hipótesis	39
2.5. Identificación de variables.....	40
2.6. Operacionalización de variables	40

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA	42
3.1. Tipo de estudio	42
3.2. Diseño de estudio	43
3.3. Población	43
3.4. Muestra y muestreo	44
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos...	48
3.7. Procedimientos de recolección de datos	50
3.8. Elaboración de los datos.....	50
3.9. Análisis de datos.....	51
3.10. Aspectos éticos de la investigación	52

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS	53
4.1. Resultados descriptivos	53
4.2. Análisis inferenciales	69

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN	71
5.1. Discusión de resultados.....	71
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	81
ANEXOS	86

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de las adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Metodología: El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, de diseño transversal comparativo. La muestra estuvo conformada por 234 estudiantes adolescentes, a quienes se les aplicó la “El cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva” y la “Escala de prácticas en salud sexual y reproductivo”. El análisis inferencial fue a través de la prueba estadística U de Man Whitney con un $p \leq 0.05$, utilizando del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 23.

Resultados: La edad media de la población adolescente esta entre 13.8 y 14.2 años. Asimismo, el 60% son mujeres y el 40% varones. Se presentaron conocimientos de nivel regular en un 56.8%, deficiente en un 23.1% y alto en un 20.1%. Respecto a las prácticas el 47.4% tienen un nivel regular, el 29.1% bueno y el 23.5% malas prácticas en salud sexual y reproductivo. No se encontró diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimientos ($p=0,301$) y prácticas ($p=0,360$) entre varones y mujeres.

Conclusiones: El nivel de conocimientos y prácticas en los adolescentes de la I.E Mariano Dámaso Beraún está en un nivel regular sin diferencia significativa entre mujeres y varones.

Palabras clave: Nivel de conocimientos, Nivel de prácticas, Salud sexual y reproductiva, adolescentes

SUMMARY

Objective: To determine the level of knowledge and practical in the adolescents of the Educational Institution sexual and reproductive health Mariano Dámaso Beraún of the district of Amaryllis 2017. **Methodology:** The study was of observational, prospective, traverse and descriptive type, of traverse comparative design. The sample was confirmed by 234 adolescent students to who you/they were applied the "The questionnaire it has more than enough knowledge in sexual and reproductive" health and the "Scale of practical in sexual and reproductive" health. The analysis inferential was through the statistical test OR of Man Whitney with a p. 0.05, using of the package statistical IBM SPSS Statistics 23. **Results:** The adolescent population's half age this among 13.8 and 14.2 years. Also, 60% is women and 40% males. They showed up knowledge of regular level in a 56.8%, faulty in a 23.1% and high in a 20.1%. Regarding the practices the one 47.4% has a regular level, the one 29.1 good% and the one 23.5 bad practical% in sexual and reproductive health. He/she was not significant differences as for the level of knowledge ($p=0,301$) and you practice ($p=0,360$) between males and women. **Conclusions:** The level of knowledge and practical in the adolescents of I.E Mariano Dámaso Beraún is in a regular level without significant difference between women and males.

Words key: Level of knowledge, Level of practical, sexual and reproductive Health, adolescents

INTRODUCCIÓN

La promoción de la educación sexual y reproductiva con un abordaje integral es pilar para asegurar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a través de la promoción de la equidad de género, la reducción de la mortalidad materna y el combate al VIH/SIDA. Sin embargo, según la OMS¹, la mayoría de las y los adolescentes del mundo reciben poca educación sexual que contengan información de calidad, que les aporte conocimientos y habilidades para ejercer una sexualidad sana y en general que les ayude a vivir vidas plenas con equidad, empoderamiento y libres de discriminación. Para el Instituto Nacional de Salud Pública de México², las consecuencias de la poca educación sexual de los adolescentes es una cuestión de falta de empoderamiento y compromiso de las instituciones de salud y educación por brindar una educación sexual y reproductiva de calidad y un acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, la cual índice en altas tasas de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados en los adolescentes.

Los conocimientos y prácticas no adecuadas frente a la sexualidad en adolescentes han generado problemas, como inicio temprano de la actividad sexual, llevando a millones de embarazos no deseados, abortos en condiciones inadecuadas e infecciones de transmisión sexual (ITS) como sífilis, gonorrea, VIH/SIDA, entre otros. Indicando con ello que los adolescentes son particularmente vulnerables en cuanto a la salud sexual y reproductiva y por lo cual amerita una atención urgente en educación sexual e investigación pura y aplicada dentro de la línea.

Bajo este argumento y problemática local, nacional y mundial el propósito fue conocer a ciencia cierta el nivel de los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes de la I.E. Mariano Dámaso Beraún.

El reporte de investigación contiene los siguientes elementos, que se ha dispuesto en 05 capítulos.

En el primer capítulo se aborda el problema a investigar; los objetivos, la hipótesis, las variables y su Operacionalización e importancia o justificación del estudio.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes de investigación, las bases teóricas, las bases conceptuales de ambas variables y definición de términos operacionales.

El tercer capítulo expone el marco metodológico; la cual contiene los siguientes elementos: tipo de estudio, diseño, población, muestra y muestreo, métodos e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de los datos, análisis de los datos y aspectos éticos de la investigación.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación con su respectiva interpretación. Y, en el quinto capítulo contiene la discusión de los resultados.

Finalmente se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	54
Tabla 2.	Descripción cuantitativa de la edad en años de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	55
Tabla 3.	Características sociales de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	58
Tabla 4	Datos informativos de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	59
Tabla 5.	Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	60
Tabla 6.	Dimensión generalidades sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	62
Tabla 7.	Dimensión planificación familiar de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	63
Tabla 8.	Dimensión infecciones de transmisión sexual (ITS) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	64
Tabla 9.	Nivel de prácticas sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	65
Tabla 10.	Dimensión responsabilidad y prevención de riesgo de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	66
Tabla 11.	Dimensión autonomía de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	67
Tabla 12.	Dimensión respeto mutuo y reciprocidad de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	68
Tabla 13.	Tabla 13. Dimensión sexualidad y amor de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	68

Tabla 14.	Comparación de diferencias del nivel de conocimientos en SSR según género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	70
Tabla 15.	Comparación de diferencias del nivel de prácticas en SSR según género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.	71

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Representación del género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017	56
Figura 2. Representación del grado, según género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017	57
Figura 3. Representación del nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017	61

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Guía de entrevista sociodemográfica del adolescente en estudio.	87
Anexo 2. Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva.	89
Anexo 3. Escala sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva.	94

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema

Cada vez es más notoria la necesidad de la buena salud sexual y reproductiva como un componente muy importante de la salud en las mujeres y en los varones ya que ésta se encuentra íntimamente asociada con el grado de bienestar y satisfacción sobre la capacidad reproductiva del ser humano³.

Durante la adolescencia el ser humano cursa una etapa muy trascendental en su vida que se encuentra marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales acompañados por sentimientos de atracción sexual. Es en esta etapa, en que el adolescente empieza a adoptar normas de conducta que están muy influidas por los conceptos sociales de género y que han de regir todos los aspectos de su futura vida adulta⁴.

La salud sexual y reproductiva no se encuentra ajena a este cambio y se va a convertir en uno de los aspectos que más influencia va a recibir por conceptos sociales de equidad y género impuestos por la sociedad y grupos de pares⁵.

A nivel mundial, las ITS y específicamente el VIH son más comunes en las personas de 15 a 24 años. Factores como el género, lugar de residencia, situación familiar, orientación sexual y edad se combinan de forma compleja para crear un contexto de vulnerabilidad frente las ITS/VIH para las y los adolescentes. Los factores económicos, sociales y físicos también juegan un papel importante, facilitando comportamientos de riesgo y dificultando la protección de la salud. La

educación sexual integral es uno de los factores protectores más importantes para disminuir o evitar los comportamientos de riesgo identificados. Existe evidencia científica clara que indica que los programas de educación sexual integral, que incluyen información no sólo sobre abstinencia sino también sobre el sexo más seguro o cómo protegerse de ITS/VIH, así como la equidad de género, los derechos y los planes de vida, tienden a llevar a las y los jóvenes a posponer la iniciación sexual, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de anticonceptivos⁶.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2011, en el Perú, el 12,5% de adolescentes mujeres de 15 a 19 años ya son madres (9,9%) o están gestando por primera vez (2,6%); el 85,9% de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas usa un método anticonceptivo moderno y el 8% de las adolescentes mujeres no conoce forma alguna de evitar la infección por el VIH/SIDA⁷.

Según un estudio realizado por Solís⁸, en adolescentes, en el año 2010, las adolescentes, en su mayoría, desconocen acerca de su sexualidad y presentaron actitudes desfavorables para una vida sexual responsable y segura. Asimismo, Juárez⁹ en su estudio sobre conocimiento y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de la I.E. “Juan Pablo II” del distrito de Paita – Piura encontraron que el 64% presenta un nivel de conocimiento bajo; 23%, conocimiento medio y sólo el 13%, nivel de conocimiento alto.

El gobierno central, a través del Ministerio de Salud dentro de sus políticas públicas de salud ha implementado desde hace muchos años estrategias

preventivas promocionales en salud sexual y reproductivo focalizadas en la población adolescente, teniendo como resultado desfavorable ya que los embarazos adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual en dicha población siguen siendo un problema de salud pública. Es así que el trabajo con las instituciones educativas por parte del sector salud y educación deben ser sustentables en el tiempo para poder mejorar esos indicadores negativos.

En nuestra sociedad, como en muchas otras, los adolescentes constituyen un grupo de la población con escasa accesibilidad y uso restringido de los servicios de planificación familiar debido a tabúes sociales, a barreras económicas o geográficas, a la escasa confidencialidad de los servicios, al desconocimiento de la existencia de estos programas o de los métodos anticonceptivos o lugares donde obtenerlos; de esta forma la posibilidad de obtener información adecuada a través del medio indicado es baja, dejando al adolescente expuesto a tomar conductas de riesgo y sufrir las consecuencias que de ella se derivan que van desde un embarazo no planificado hasta una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, limitando las oportunidades de desarrollo educativo, social y laboral durante toda su vida¹⁰.

Una actividad sexual a temprana edad sin la debida información conlleva riesgos e implicancias no solo de Salud Pública sino también del tipo económico y social para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general¹¹.

Actualmente, son numerosos los gobiernos, incluido el nuestro que se encuentran trabajando en esta área de la salud, en fomentar e implementar programas preventivos promocionales dirigidos a los adolescentes y adultos

jóvenes, como una forma de prevenir las consecuencias económico-sociales que este problema implica¹².

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre generalidades en salud sexual y reproductiva en la muestra en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre planificación familiar en la muestra en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en la muestra en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de prácticas sobre responsabilidad y prevención del riesgo sexual en la muestra en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de prácticas sobre libertad para decidir y autonomía en la muestra en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de prácticas sobre respeto mutuo y reciprocidad en la muestra en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de prácticas sobre sexualidad y amor en la muestra en estudio?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimientos sobre generalidades en salud sexual y reproductiva en la muestra en estudio.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre planificación familiar en la muestra en estudio.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en la muestra en estudio.
- Determinar el nivel de prácticas sobre responsabilidad y prevención del riesgo sexual en la muestra en estudio.
- Determinar el nivel de prácticas sobre libertad para decidir y autonomía en la muestra en estudio.
- Determinar el nivel de prácticas sobre respeto mutuo y reciprocidad en la muestra en estudio.
- Determinar el nivel de prácticas sobre sexualidad y amor en la muestra en estudio.

1.4. Justificación e importancia

1.4.1. A nivel teórico

Este estudio se justifica debido al bajo nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva ya que esto permitirá que los adolescentes mejoren sus nivel de conocimientos y prácticas acerca de los beneficios de los métodos anticonceptivos, así como también reciba la adecuada información sobre salud sexual y reproductiva por ende serán necesarios para brindar información a los padres y actuar de manera de que pongan en riesgo la salud de los adolescentes; que nos permita evaluar los conocimientos de los adolescentes, De esta manera se previene el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y por ello la disminución de las tasas de enfermedades de transmisión sexual.

1.4.2. A nivel práctico

Esta investigación, corresponde a la línea de investigación de promoción y prevención de la salud del profesional de enfermería de enfermería, correspondiendo al nivel descriptivo transversal, como profesional de enfermería tenemos que tener presente el cuidado de la salud, esta investigación es de gran importancia e interés , para los estudiantes y futuros profesionales en enfermería porque enmarca dentro de ellos, e indica el bajo nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en los adolescentes o profesionales de salud y esto influye en como actuamos o brindamos información frente a dichos eventos y los resultados de esta investigación podrán ser utilizados para realizar posteriormente cursos o ampliar temas relacionados a la presente investigación.

1.4.3. A nivel metodológico

Por lo expuesto, es necesario brindar información acerca del conocimiento y prácticas en salud sexual y reproductiva a través del uso de instrumentos de recolección de datos validados y confiables. Asimismo, este estudio servirá de base para futuras investigaciones con mayor tamaño de muestra con diseños más complejos para mejorar el nivel de conocimiento y prácticas de los adolescentes de la Institución Marino Dámaso Beraún del Distrito de Amarilis y a la vez mejorando la educación sexual.

1.5. Viabilidad

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, estos serán solventes por el investigador en términos de precios cantidades reales de acuerdo al rubro establecido; también se espera contar con el apoyo de las autoridades de la Universidad de Huánuco.

Respecto a los recursos humanos, se dispone del apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso de investigación: investigadores, asesores, coordinadoras, para el procesamiento y análisis de datos y guiarme en todo el proceso de la investigación.

En relación de los recursos materiales, se gestionará la gestión de dichos recursos para el concretar el trabajo de investigación, análisis de datos y presupuestos en gasto con el trabajo de investigación.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación

Dentro de los antecedentes, se consideraran los siguientes:

2.1.1. A nivel internacional:

En Nigeria, 2014, Odeyemi K, Onajole A, Ogunowo B, Olufunlayo T, Segun B¹³ realizo un estudio titulado “El efecto de un programa de educación sexual de los adolescentes escolares de salida en Lagos, Nigeria” con el objetivo de evaluar el efecto de un programa de educación sexual en el conocimiento y las prácticas de la salud sexual en las adolescentes escolares. El método que utilizo fue de tipo intervención en dos mercados en Lagos, Nigeria. Evidenciaron que el conocimiento antes de la intervención fue similar entre los encuestados, sin embargo, después de la intervención, el conocimiento de la salud sexual de los encuestados mejoro significativamente ($p < 0.05$).

En Venezuela, 2012, Chelhond E, Contreras L, Ferrer M, Rodríguez I¹⁴ realizo un estudio titulado “Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semi libertad y abandono, Caracas, Venezuela”, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes en condición de semi libertad y abandono con respecto a la existencia y uso de los métodos anticonceptivos. El tipo de estudio fue descriptivo experimental, longitudinal, que contó con una muestra de 13 adolescentes. Observaron que en la primera encuesta, los adolescentes presentaban un nivel regular (61,5%) a buen nivel (23,1%) de conocimiento sobre anticonceptivos, posterior a la conferencia, los

adolescentes presentaron un buen nivel (53,8%) a excelente nivel (30,8%) de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

En Cuba, 2011, Vital E, Sarmiento R, Almeida Y, Benitez D¹⁵ realizo un estudio titulado “Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia”, con el objetivo de modificar o ampliar sus conocimientos sobre el embarazo precoz y caracterizar a la población objeto de estudio. Encontraron que antes de la intervención el 86,7% de los integrantes poseían nociones inadecuadas pero, después de la acción educativa, el 96,7% termino conociendo el tema en cuestión, resultados que fueron altamente significativos ($p < 0,01$).

En Japón, 2011, Madeni F, Horiuchi S, Lida M¹⁶ realizo un estudio titulado “Evaluación de un programa de sensibilización sobre la salud reproductiva de la adolescencia en Tanzania urbana: una prueba previa investigación post-test cuasi-experimental”, cuyo objetivo fue evaluar un programa de sensibilización sobre la salud reproductiva para la mejora de la salud reproductiva de los adolescentes en Tanzania urbana. Fue un estudio cuasi experimental de diseño pos test, que incluyo a 305 adolescentes. Hallaron que la puntuación promedio de las niñas en el pre test de conocimiento fue de 5,9, mientras que en la post-prueba fue de 6,8, aumentando significativamente ($t = 7,9$; $p = 0,000$); así también, la puntuación media de los chicos en el pre-test de conocimiento fue de 6,4, pero para el post-test fue de 7,0 aumentando significativamente ($t = 4,5$; $p = 0,000$), por lo que el programa de salud reproductiva ha mejorado el conocimiento de los estudiantes sobre la sexualidad.

En Cuba, 2011, Leyva N, Sosa M, Guerra D, Mojena D, Gomez N¹⁷ realizo un estudio titulado “Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional”, con el objetivo de modificar los conocimientos sobre salud sexual en adolescentes con riesgo preconcepcional. Se trató de una intervención educativa en 30 adolescentes. Hallaron que la mayoría de los adolescentes tenia conocimientos inadecuados sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia (80,0%) pero, después de la intervención, el 90.0% adquirió la información adecuada, es decir se elevó el conocimiento. Sobre los riesgos del aborto provocado, la mayoría tenía conocimientos inadecuados antes de la intervención (60,0%); sin embargo, después de la acción educativa, todas identificaron en que consistían y como enfrentarlos, lo cual resulto significativo ($p<0,05$).

Además, casi las tres cuartas partes de las participantes desconocían los principales aspectos relacionados con las infecciones de transmisión sexual; sin embargo, después de la intervención educativa, el 90,5% modifico positivamente sus conocimientos, lo cual resulto ser significativo.

El antecedente citado aporta en mi estudio para incrementar mis bases conceptuales.

En México, 2010, Rocha F¹⁸ realizo un estudio titulado “Embarazo en adolescentes, problema de salud pública” Teniendo como Resultado de ello, en el último censo de población del INEGI, se contabilizaron un total de 27 mil 670 nacimientos de madres menores de 19 años de edad. Puebla es el quinto estado con mayor población adolescente, sin embargo, en los últimos años se ha

registrado un incremento de niñas embarazadas y un menor uso de métodos anticonceptivos, lo que ha dado como resultado el aumento de 2.7% de casos en San Martín Texmelucan, Tehuacán, Cholula, Chignahuapan, El Seco y Pueblo; De acuerdo con el último censo de población que elaboró el INEGI, en 2010 se presentaron 27 mil 90 nacimientos en madres cuyas edades oscilan entre los 15 y 19 años de edad y 580 nacimientos más de menores de 15 años.

En la Habana, 2009, Martínez M., et al¹⁹, realizó un estudio titulado “Conocimientos de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual”. Encontraron los siguientes resultados: en relacionada con la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales 227 adolescentes ya habían practicado sus primeras relaciones sexuales en un 42.51%, observándose que para ambos sexos la edad promedio de inicio de las mismas fue la de 13 a 14 años, con 185 casos para un 81.50 %. Se pudo comprobar que existía un buen criterio de enfermedades no curables como el SIDA con 533 respuestas para un 99.81 %. Igualmente se identificaron como curables por encima del 90% la Gonorrea con 521 respuestas para un 97.56% y la Sífilis con 497 para un 93.07%; por el contrario, se pudo apreciar que enfermedades tan frecuentes como la Vaginosis bacteriana y trichomoniasis, fueron identificadas erróneamente por un gran número de adolescentes como incurables, con más del 50%. La mayoría consideró que la clamidia no tenía cura por un 96.56% y un grupo de estudiantes consideró como curable el herpes simple genital (82.96%).

Los conocimientos de los adolescentes sobre factores predisponentes a las ITS quedaron evidenciados, donde se demostró que la respuesta más adecuada fue

el tener relaciones sexuales desprotegidas con 528 respuestas para un 98.88%, seguidas de las conductas sexuales inadecuadas con 496 para un 92.88%. Otra respuesta acertada se alcanzó en la categoría de uso de instrumentos no bien esterilizados (agujas, Jeringuillas, etc.) con un 50.56 %. Sin embargo, fueron identificados como factores predisponentes de forma inadecuada el uso de ropa interior ajena, las picaduras de mosquitos y usar utensilios personales de los enfermos, lo cual demuestra una vez más el insuficiente grado de conocimiento.

En Cuba, 2009, Valdivia M²⁰ realizó un estudio titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de prevención del VIH/SIDA en adolescentes”, con el objetivo de determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de prevención del VIH/SIDA en adolescentes, tuvo los siguientes resultados: Indican que el total de los estudiantes opinaron tener conocimientos sobre el VIH, más del 80% identificó adecuadamente las Infecciones de Transmisión Sexual y las vías de transmisión más frecuente, los medios de comunicación masiva constituyeron la vía por la que le llega mayor información (85,9%), el 74,4% consideró oportuna realizar la prueba de VIH/SIDA, aunque en tiempos diferentes. El componente conductual en relación al VIH/SIDA de los estudiantes se caracterizó por un comienzo de su vida sexual activa entre los 14 y 16 años (53,1%), cambio frecuente de parejas (42,1%), usar el condón siempre el 39%, similares cifras opinó que antes de la penetración y más de la tercera parte de los encuestados confeso no haber cambiado en nada sus prácticas sexuales ante la existencia del virus.

El antecedente citado aporta en mi estudio para la construcción de mis instrumentos.

En Paraguay, 2008 Macchi M, et al²¹ realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA, en la cual la población estuvo constituida por 336 adolescentes, se realizaron 336 encuestas analizadas, edad media 16 años, 52% masculinos, 48% femeninos. La fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fue la escuela. 42,4% refieren relaciones sexuales, varones: 56,5% y las mujeres en 27%. La edad media de iniciación sexual de 14,6 años, 72% de los varones se iniciaron sexualmente antes de los 15 años. 55% prefiere utilizar preservativo en relaciones ocasionales. 71.3% sabía dónde recurrir en situaciones de riesgo. 14 se realizaron el test para VIH, 10 de los cuales habían referido relaciones sexuales. Nivel de conocimientos en general bajo e inconsistente.

El antecedente citado aporta en mi estudio para la construcción de mis instrumentos.

El antecedente citado aporta en mi estudio para la construcción de mis instrumentos.

2.1.2. A nivel nacional:

En Perú, Lima, 2012, Gutiérrez S²² realizó un estudio titulado “Efectividad del Programa Educativo "Exprésate" en el nivel de conocimientos y actitudes

hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa "Peruano Suizo", Comas 2011", que tuvo como objetivo determinar la efectividad del Programa Educativo "Exprésate" en el Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia la Prevención del Embarazo Adolescente. Fue un estudio de tipo analítico con enfoque cuantitativo de nivel aplicativo y con un diseño cuasi-experimental de grupo único con pre-test y post-test que contó con una muestra 168 estudiantes. Observaron que el Programa Educativo "Exprésate" es efectivo, pues hubo un incremento del nivel de conocimientos de Bajo (12.18%) y Medio (87.82%) a nivel Alto (100%).

En Lima, 2010, Bances y Vásquez²³ realizaron un estudio descriptivo, comparativo y transversal titulado "Prácticas de riesgo en la sexualidad que manifiestan los adolescentes de 5to año de secundaria de tres instituciones educativas en el Rímac, 2010" I, cuyo objetivo fue identificar las prácticas de riesgo en los Adolescentes según género. La conclusión: Los estudiantes del sexo femenino en mayor porcentaje no consideran necesario el uso del condón u otro método anticonceptivo en comparación con los varones.

En Chimbote, 2010, Solis²³ realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, titulado "Conocimiento y Actitudes Sexuales en Adolescentes de la Comunidad Zonal Magdalena Nueva, 2007", cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes. Las conclusiones más resaltantes fueron: Los Adolescentes, en su mayoría, desconocen acerca de su sexualidad los ítems claves y de relación directa con el autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

Los Estudiantes, presentaron actitudes desfavorables para una vida sexual responsable y segura.

En Piura, 2010, Dioses²⁴ realizó un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 15 a 19 años del Asentamiento Humano “9 de Octubre” del distrito de Sullana”, con una población de 3,015 adolescentes, observando que el 92.5% tuvo conocimiento bajo sobre sexualidad; el 6%, conocimiento medio y sólo el 2%, conocimiento alto. Con respecto al nivel de conocimiento por dimensiones, se reporta que la dimensión menos conocida con conocimiento bajo es la de metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (98%), seguida de anatomía y fisiología sexual y reproductiva (88%), ciclo de respuesta sexual (82%) y, finalmente prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA con el 72%. También se observa que las dimensiones que alcanzaron un nivel de conocimiento alto, con 8% son anatomía y fisiología sexual y reproductiva; nivel de conocimiento medio en mínimas porciones; en la dimensión prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA (30%) y ciclo de respuesta sexual, el 10%. Los resultados de las actitudes hacia la sexualidad de los/las adolescentes demuestran que el 98% tiene actitud desfavorable, mientras que solo el 2% presenta una actitud favorable.

En Piura, 2009, Juárez²⁵ realizó un estudio titulado “Conocimiento y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14 a 16 años de la I.E. “Juan Pablo II” del distrito de Paita - Piura 2009”, llegando a la conclusión que el 64% presenta un nivel de conocimiento bajo; 23%, conocimiento medio y sólo el 13%,

nivel de conocimiento alto. Aquí tenemos que el 74% de los adolescentes encuestados tiene desconocimiento sobre la vivencia de una sexualidad responsable; desconocen las manifestaciones de madurez sexual (60%) En las actitudes sexuales, se evidencia que el 74% presenta actitudes sexuales desfavorables, mientras que sólo un 26% muestra actitudes favorables. También, la dimensión autonomía junto, con sexualidad y amor reportan actitudes desfavorables en un 83% de los adolescentes, seguida de las dimensiones responsabilidad y prevención del riesgo sexual y sexualidad como algo positivo en un 77% y 75%, desfavorable, respectivamente. Asimismo, las dimensiones libertad para decidir y actuar junto, con respeto mutuo y reciprocidad, se mantienen en el porcentaje correspondiente de un 69% y 66% de los adolescentes con actitudes desfavorables; por otro lado, el mayor porcentaje (34%) de los adolescentes resultaron con actitudes favorables en la dimensión respeto mutuo y reciprocidad y un mínimo porcentaje (17%) en autonomía, junto a sexualidad y amor, respectivamente; asimismo, el 11% de adolescentes tiene vida sexual activa.

En Piura, 2009, Eche²⁶ realizó un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años Asentamiento Humano Vicente Chunga Aldana, Distrito de Sechura”, obtuvo como resultado: que en un 98,33% presentaron un nivel de conocimientos bajos sobre su sexualidad. Por otro lado los adolescentes mostraron el 98,33% actitudes sexuales desfavorables, que los conlleva a comportamientos y situaciones de riesgo, solo un 1,67% de adolescentes tuvieron una actitud hacia su sexualidad

favorable, y viven una sexualidad responsable y segura. El 63,33% habían iniciado su actividad sexual en ambos sexos, mostrándose que el 28,33% fueron adolescentes varones, y el 35% fueron adolescentes mujeres.

En Sullana, Marcavelica, 2009, Escobar L²⁷ realizó un estudio titulado “Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa “Ricardo Palma” del distrito de Marcavelica - Sullana”, con el objetivo de determinar los Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa “Ricardo Palma” del distrito de Marcavelica – Sullana. La población estuvo constituida por 82 adolescentes de 14 a 19 años, observándose que el 100% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo. Sobre las 4 dimensiones de conocimiento se observó que en Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva los adolescentes tuvieron conocimientos bajos, seguida de Ciclo de Respuesta Sexual y Metodología Anticonceptiva con 98%, el 10% resultaron con un nivel de conocimiento medio en Prevención de infecciones de transmisión sexual, seguido de Ciclo de respuesta sexual y Metodología Anticonceptiva como prevención del embarazo con 2%.

En el Callao, Bellavista, 2008, Carmona G²⁸ realizó un estudio titulado “conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de secundaria de colegio Nacional Dora Mayer”, obteniéndose que el 42% de los estudiantes tuvieron como fuente de información a sus amigos y el medio de comunicación principal es internet (60%).

Con respecto a los anticonceptivos más difundidos fueron los preservativos (56 %) y las píldoras anticonceptivas (44%), de los cuales los varones solos que

tienen un menor conocimiento. Tuvieron una información no acertada acerca de los métodos del ritmo (53%), MELA (43%), inyectables y píldoras anticonceptivas (37%). DIU (47%) y la anticoncepción de emergencia (79%), y conocimientos insuficientes acerca del preservativo (42%) y métodos quirúrgicos (43%).

2.1.3. A nivel local:

No se encontraron antecedentes a nivel local

2.2. Bases teóricas que sustenta en el estudio

En relación a las bases teóricas que sustenta el tema en estudio, se tendrá en cuenta en siguiente modelo:

2.2.1. Teoría del conocimiento de Kant.

Según Kant²⁹, la razón constituye el instrumento del que nos servimos para conocer, pero también la que guía nuestra acción. La racionalidad no se limita por tanto sólo al ámbito del conocimiento sino también al ámbito de la acción. A la razón que dirige la acción la denominó razón práctica y a la que dirige el conocimiento razón teórica. Asimismo, el conocimiento para Kant deriva de tres fuentes: la **sensibilidad** que permite recibir representaciones a través de las cuales nos son dados los conceptos, el **entendimiento** que es la capacidad para conocer objetos a través de dichas representaciones y por último la **razón**, facultad que se va encargando de elaborar juicios cada vez más generales partiendo de los juicios elaborados por el entendimiento. Sin la labor de la razón el conocimiento sería fragmentario puesto que el entendimiento sólo nos permite entender una parte de la realidad.

Esta teoría explica que el conocimiento es el resultado de tres facultades humanas, entendiendo entonces, que para conocer algo, se tiene que hacer uso de dichas facultades, como la sensibilidad, el entendimiento y la razón.

2.2.2. Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud en el Perú.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud³⁰, el mismo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de la salud, para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyan a crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones. El modelo busca mejorar la calidad de vida de las poblaciones con acciones dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de vida en otros escenarios que no son los establecimientos de salud, como la vivienda, instituciones como la escuela, municipios, centros laborales y la comunidad en general.

Las acciones a implementar en estos escenarios son abordados a través de ejes temáticos que son la representación teórico conceptual que fundamenta y brinda los contenidos técnicos para alcanzar salud, como la alimentación y nutrición, higiene y ambiente, actividad física, habilidades para la vida entre otros, que generen comportamientos saludables, haciendo uso de estrategias como la abogacía y políticas públicas, la comunicación y educación para la salud así como la participación comunitaria y el empoderamiento social.

Dentro del marco de este modelo, el MINSA implemento el Programa de Familia y Vivienda Saludable, considerando ejes temáticos priorizados a nivel nacional y que de alguna manera reflejan la realidad sanitaria de las diferentes regiones del país y son: alimentación y nutrición, higiene y ambiente, habilidades

para la vida, salud mental y cultura de paz, así como salud sexual y reproductiva en las familias.

2.2.3. Modelo de autocuidado

Dorotea Orem³¹ plantea que el autocuidado es una actividad que es realizado de manera independiente por uno mismo para sí mismo, cuando ha llegado al estado de madurez que le capacita para la acción consistente, controlada y dirigida hacia un objetivo. En la vida diaria, las personas maduras y en proceso de maduración, realizan acciones y secuencias aprendidas y dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, a fin de descubrir los requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, la regulación continua de su propio funcionamiento y desarrollo, para contribuir en beneficio de la vida, a su auto mantenimiento, a la salud y al bienestar personal.

El análisis del autocuidado en la prevención de ciertos eventos adversos ha demostrado que en tales situaciones las necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o su tratamiento, para que estas personas con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios y oportunos para su propio cuidado.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Bases conceptuales sobre conocimientos en SSR

- **Definición de conocimientos**

Para Bertrand³², el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos. Asimismo, Chavez³³, señala que el conocimiento es toda actividad o juicio que, de manera explícita o implícita, lleve consigo cierta información.

Por su parte Villapando³⁴, sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia, razón.

Asimismo, Bunge³⁵, menciona que el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata a cerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, por otro lado el conocimiento científico que es racional, analítico, sistémico y verificable a través de la experiencia.

▪ Definición de prácticas

Según Afanasier³⁶, la práctica es la acción que se desarrolla con ciertos conocimientos o él es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas y que

puede estar sujeto a la dirección de un maestro, para que los practicantes mejoren su desempeño

Orem³⁷ define que las prácticas de autocuidado son actividades que realizan las personas según su potencial de desarrollo o conocimiento adquirido sobre su enfermedad, los que ejercerán mejor control sobre la propia salud y entorno. Enriqueciendo su vida con mejor bienestar. Además, considera que el autocuidado es una necesidad humana, para el mantenimiento de la vida y la salud o la recuperación de la enfermedad. El fomento del autocuidado y el seguimiento del cumplimiento del tratamiento en el hogar son funciones de la enfermera.

- **Definición de salud sexual y reproductivo (SSR)**

La OMS³⁸ concibe la SSR como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

- **Sexualidad**

*La Organización Mundial de la Salud*³⁹, considera a la sexualidad como “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, pero, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre.

“La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las personas, donde trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las diversas personas para expresarse, y relacionarse con su entorno social y constituye una de las fuentes más importantes de comunicación, bienestar, amor y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades”.

Entre las Manifestaciones de la Sexualidad, están la identidad sexual, impulsos sexuales, conocimiento sexual y conducta sexual.

- **Identidad sexual**

El ser humano desde que nace inicia un camino que le conducirá a su individualización, que consiste en el desarrollo de la propia identidad, entendida como la conciencia de ser un ser autónomo y diferenciado de los demás, la conciencia de sí mismo. Dada nuestra naturaleza sexuada, la identidad necesariamente tienen que serlo: “Yo soy yo que soy mujer, yo soy yo que soy hombre”. Money y Ebrard, 1972 explica que en torno a los tres años los niños y las niñas adquieren la identidad básica de género. Este concepto hace referencia al hecho que desde un punto de vista evolutivo, es la primera vez que los niños y las niñas perciben su identidad sexuada (López, 1988; Kohlberg, 1973). Por tanto, la identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales, mientras que la

Identidad de género hace referencia a los contenidos de la identidad que provienen de las atribuciones que una cultura determinada hace al hecho de ser mujer u hombre, respecto a actitudes, valores, comportamientos, etc.

Por tanto, la identidad sexual nos permite diferenciarnos como hombres o como mujeres.

▪ **Impulsos sexuales**

El impulso sexual se desarrolló durante el proceso evolutivo como medio de asegurar la reproducción. En la etapa de la Adolescencia, el joven está lleno de curiosidades, quiere saber naturalmente, qué cosa es esa gran experiencia, cómo se conducirá él o hasta dónde llegará su capacidad.

En la manifestación del impulso sexual es diferente entre mujeres y varones. En los varones el impulso sexual, se expresa más genitalmente; la excitación ocurre más rápido debida, en parte, a que sus genitales son externos y a la acumulación de semen. Por ello, el joven necesita aprender a no dejarse llevar por sus impulsos sexuales como una urgencia inmediata a satisfacerlos. En las mujeres, el impulso se expresa más en la búsqueda de ternura y amor romántico y se presenta de manera compleja envuelto en su afectividad; la mujer es muy sensible al tacto (le gusta que la acaricien) y al oído (le gusta que le hablen románticamente al oído). Por ello, una de las frustraciones de esta edad proviene por las falsas expectativas con respecto al tema.

▪ **Conocimiento sexual**

El conocimiento sexual se va construyendo a partir de una serie de conceptos e ideas que provienen fundamentalmente del contexto social y del

proceso de socialización con respecto a sí misma y con otras personas tanto de su mismo género como del otro. El conocimiento como conjunto de ideas proviene de una construcción basada en lo que nos interesa y se compone de las ideas previas que se van juntando en nuestra percepción tanto consciente como inconsciente del mundo. El conocimiento se va transformando y evolucionando a medida que vamos agregando nuevos conceptos que modifican los anteriores.

A su vez el Conocimiento sexual, es un componente fundamental y determinante del desarrollo de una sexualidad sana, en la vida de cada persona.

- **Conducta sexual**

El deseo sexual, es la energía motivacional que mueve a las personas a la búsqueda de satisfacción sexual, la cual se logra a través de la experiencia, es decir, de comportamientos concretos. A lo largo de la pubertad el deseo sexual genera un volumen de fantasías que organiza y dirige los comportamientos posteriores. En este sentido, parece ser también que las fantasías están ya orientadas eróticamente desde los momentos puberales (Money y Ehrhardt, 1972).

Durante este período los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable, esto indica el

aumento observado a nivel nacional e internacional de la conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes y sus consecuencias como el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Por tanto la conducta sexual no se refiere solamente a la relación sexual coital. Es una gama completa de comportamientos en sexualidad que comprende: los besos, las caricias y la masturbación.

Uno de los Aspectos de Importancia, que deben tener presente los Adolescentes, es lo siguiente: Sexualidad Responsable y Paternidad Responsable.

- **Sexualidad responsable en la adolescencia**

La Sexualidad Responsable, es aquella sexualidad que practica un joven o adolescente que ha desarrollado una autonomía personal que le ha llevado a convertirse en una persona responsable y de esta forma, ha reflexionado sobre sus prácticas, sobre la posibilidad de que éstas conlleven riesgos, si no toma las medidas de precaución oportunas, y también de que estos riesgos puedan afectar a terceras personas. De esta forma vive su sexualidad de una manera responsable.

También, la sexualidad debe ser asumida con satisfacción, madurez, responsabilidad, y de ninguna manera debe ser fuente de displacer, temores o frustraciones de expectativas. El afán de ser adultos y el deseo de experimentar la capacidad reproductiva, conduce al adolescente a incursionar con descuido en el mundo de la nueva sexualidad, trayendo consecuencias negativas que pueden

condicionarlos el resto de su vida como: el embarazo en la adolescencia, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual.

La sexualidad responsable, abarca importantes decisiones en el transcurso de la vida de los Adolescentes.

- **Paternidad responsable.**

Es una actitud de compromiso asumido por la pareja, por la cual se vela por el desarrollo integral de los hijos e hijas, proporcionándoles cuidado, salud, formación, educación y afecto, de modo a que puedan integrarse a la sociedad como adultos sanos. Es importante mencionar que el desarrollo del hijo (a) es una tarea común del padre y de la madre, convirtiéndose en un compromiso directo que los progenitores establecen con sus hijos. Es importante una decisión consciente y la responsabilidad al tener hijos el cuál no debe ser fruto de la casualidad, ya que los niños y niñas necesitan de modelos masculinos y femeninos para fijar sus comportamientos y sus límites, valores que le durarán hasta la edad adulta.

- **Relación adolescente – familia.**

La presencia de un adolescente en la familia, es considerada una crisis familiar normativa o ligada al ciclo vital de esta. El ambiente familiar dotado de afecto, propicia seguridad y confianza básica. Son los padres los mediatizadores por excelencia del proceso educativo de ahí la importancia de prepararlos para desempeñar este importante papel, justo en las condiciones turbulentas, cambiantes y contradictorias que se dan en la adolescencia. Es aquí donde los

padres toman conciencia de su nueva situación manteniendo una actitud comprensiva, comunicativa y amorosa. Esta etapa puede ser una experiencia enriquecedora para toda la familia. Uno de los temas que crea conflicto en la adolescencia es la sexualidad.

▪ **Intervención de enfermería.**

Los adolescentes, se encuentran en una etapa confusa sobre lo que pueden hacer o no en cuanto a la sexualidad. La realidad es que numerosos adolescentes de ambos sexos inician las relaciones sexuales sin planificar, o sin usar algún método de protección, teniendo como una de las consecuencias los embarazos no deseados.

Por tanto, la Enfermera, cumple un rol importante en la promoción de la salud y prevención de riesgos a través de la educación en este caso sobre sexualidad y la forma de orientar a los adolescentes durante este periodo, a afrontar los cambios físicos y psicológicos que los afectan, ya que utiliza o realiza su papel de consejera, en donde anima y plantea objetivos en un futuro, ya que se encuentra en la capacidad de implementar estrategias ante la prevención y control, esta debe ser enfocada desde las ciencias de la salud y la educación como una materia más a impartir dentro de los planes de estudio. La enfermería juega un papel fundamental en este sentido, siendo los profesionales los expertos para alcanzar objetivos muy claros en la educación de los jóvenes. Teniendo como base teórica a Nola Pender, en su modelo de promoción de la Salud, donde se refleja la motivación, el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, facilitando el cambio en la conducta, solo si la persona, está

suficientemente motivado a ser educado y aconsejando. Esta teoría identifica en sus individuos factores cognitivo-perceptuales que son modificados, por las características situacionales, personales, e interpersonales, lo cual, da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción, lo cual refleja que aquellas conductas, interrogantes que actualmente los adolescentes están presentando, pueden ser modificables, para evitar los diferentes riesgos a los que están expuestos.

- **La Educación Sexual en las Escuelas.**

Es necesario, que se cumplan los lineamientos de política según el eje temático de Salud Sexual y Reproductiva, establecidos entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Es necesario que en las escuelas se brinde el tema de Sexualidad, ya que el Adolescente, se encuentra en la etapa de las curiosidades, indecisiones, autoconocimiento, etc., que deben ser respondidas adecuadamente, porque de esa enseñanza, dependerán sus actitudes, y la forma de llevar su sexualidad, ya que en la adolescencia, se construye las bases para ser personas de bien y así llevar una vida sana llegando a cumplir sus metas sin situaciones que los comprometan o que retrasen la realización de estos. Se ha suscrito el acta de compromiso para el desarrollo del programa de promoción de la salud en instituciones educativas 2012, donde los directivos de los colegios, se comprometen a participar activamente en el logro de los objetivos relacionados con las líneas estratégicas de Salud y brindar las facilidades para el éxito de lo acordado, en estrecha comunicación con los docentes, padres de familia,

miembros de la comunidad estudiantil, entre otros, para prevenir los embarazos precoces.

- **Embarazo precoz.**

Según la Organización Mundial de la Salud El embarazo precoz es lo que conocemos como "embarazo adolescente", por ocurrir en esa etapa de la vida, entre los 11 y 19 años.

Es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, familia, ambiente y la comunidad, siendo considerado un problema de máxima prioridad para la salud pública. Genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia asumir la maternidad durante el proceso de crecimiento biológico, psicológico y social, donde se deben de resolver los propios conflictos, logrando la propia identidad personal y la madurez emocional.

El tener un hijo es una gran responsabilidad y requiere de mucho esfuerzo, afecto y los recursos económicos necesarios para un buen desarrollo y crecimiento de este.

El embarazo en la adolescencia, se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño, entre ellas el bajo peso al nacer, suelen ser prematuros y en la madre, suele presentar anemia, complicaciones a la hora del parto y existe un alto riesgo de vida, en la madre.

Las actitudes que estos adolescentes opten en su sexualidad, sea responsable o no, dependerá en su vida futura.

- **Planificación familiar**

Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la concepción y durante el embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

- **Elección del método anticonceptivo**

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente.

- **Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo**

- Estado de salud general
- Frecuencia de las relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales
- Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)

- Eficacia de cada método en la prevención del embarazo
- Efectos secundarios
- Facilidad y comodidad de uso del método elegido
- Efectividad con uso adecuado de los métodos anticonceptivos Un 100% de efectividad expresa que hay cero (0) embarazos por cada 100 mujeres al año, 99 a 99,9% expresa que se producen menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres al año y así sucesivamente:
- 100% - Vasectomía
- 99 a 99,9%- Lactancia materna, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptiva parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.
- 98% - Condón masculino.
- 95% -Condón femenino.
- 94% - Diafragma.
- 91% - Esponja anticonceptiva.
- 86% - Capuchón cervical.

El resto de métodos anticonceptivos suele tener una efectividad inferior a los descritos.

- **Métodos naturales**

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles

del ciclo menstrual en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos.

Otros métodos naturales están basados en la conciencia de la fertilidad, es decir, la mujer observa con atención y registra los signos de fertilidad en su cuerpo para determinar las fases fértiles o infértiles. Los síntomas específicos caen en tres categorías: cambios en temperatura basal, en el moco cervical y la posición cervical.

Son métodos que, para que puedan ser utilizados como métodos no seguros de control de la fertilidad, requieren cierto grado de disciplina en la auto observación o anotación y un correcto aprendizaje con materiales y personal bien preparado. Una crítica a estos métodos es la de que, al contrario que algunos métodos de barrera como el preservativo, no previenen contra el VIH ni en general contra cualquier otra enfermedad de transmisión sexual.

- **Temperatura basal**

Se sirve del aumento de la progesterona, que afecta a la temperatura corporal interna de la mujer durante la ovulación y determina, una vez diagnosticada, infertilidad e postovulatoria. Para ello la mujer debe observar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal estricto circunscribe el periodo de infertilidad exclusivamente a los días posteriores a la subida de temperatura.

El método de la temperatura basal extendido define, cumplidas ciertas condiciones, 6 días de infertilidad preovulatoria. El método de la temperatura basal es altamente fiable en el periodo postovulatorio, y supone la base de la mayoría de los métodos naturales modernos. Sin embargo tiene limitaciones a la hora de determinar la infertilidad preovulatoria.

- **Método de la ovulación (método Billings y otros)**

Se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación. Normalmente, las fases de infertilidad de la mujer se caracterizan por una ausencia de moco cervical visible y una sensación de sequedad vaginal.

Conforme se acerca el momento de la ovulación el moco cervical se hace a lo largo de varios días y de forma progresiva, cada vez más líquido, elástico y transparente. Próximo al momento de la ovulación se produce el llamado pico de moco caracterizado por un cambio abrupto de las propiedades el moco y su posible desaparición. El moco cervical es un signo de fertilidad y por ello su observación puede ser utilizada para el control de la fertilidad. La confiabilidad es superior al 95% en varios países estudiados.

Aunque, aplicado correctamente, puede ser considerado un método seguro, es inferior al método de la temperatura en fase postovulatoria. Su utilización es especialmente apta para la consecución del embarazo en casos de hipo fertilidad, ya que permite concentrar las relaciones sexuales en torno

al momento de mayores probabilidades de embarazo. Como método anticonceptivo es especialmente inseguro en mujeres con ciclos monofásicos (durante la menarquía o antes de la menopausia).

- **Método sintotérmico**

Combina el método de la temperatura basal, para el diagnóstico de la infertilidad posovulatoria, en combinación con otra serie de síntomas (moco cervical y cuello del útero, entre otros) y cálculos de longitud de ciclos para la determinación de la infertilidad preovulatoria.

Permite beneficiarse de la práctica infalibilidad de la temperatura basal a la hora de determinar la infertilidad postovulatoria y aumentar considerablemente la eficacia en período preovulatorio. Su eficacia es equivalente a las modernas preparaciones de anovulatorios orales y solamente inferior a la esterilización quirúrgica. Una ventaja adicional es que es un método válido e igualmente eficaz en todas las circunstancias de la vida reproductiva de la mujer (período posparto, período pos píldora, pre menopausia, etc.)

- **Métodos de barrera**

Los métodos de barrera impiden la entrada de espermatozoides al útero y son productos sanitarios por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos a estos productos en cada país o región.

- **Preservativo o condón**

Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual - ETS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (sólo los condones de látex y vinilo.)

- **Preservativo femenino**

Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual - ETS, incluyendo el VIH o SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.

- **Dispositivo intrauterino (DIU)**

El Dispositivo intrauterino (DIU) es un producto sanitario que, mediante la colocación en el interior del útero de un dispositivo plástico con elementos metálicos (ejm. cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta en gran medida la fecundación, así como la implantación del óvulo fecundado. Su duración es de 3 a 5 años. El DIU, tiene una eficacia del 98%.

- **Anticonceptivos hormonales**

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

○ **Anticonceptivo subdérmico**

Implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%.

○ **Anillo vaginal**

Único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%.

- **Anticonceptivos orales:**

- Píldora anticonceptiva, administración diaria por vía oral. Eficacia del 99%.
- Píldora sin estrógenos o píldora con estrógenos, píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean

tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99%.

- Píldora trifásica: método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado; imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado.
- **Píldoras anticonceptivas de emergencia:**
 - Levonorgestrel, (compuesta solamente por progestinas), conocida también como píldora anticonceptiva de emergencia y comúnmente llamada "píldora del día después" y se utiliza siempre bajo supervisión médica. Las "píldoras del día después" actúan antes de la implantación del embrión y, por lo tanto, son consideradas médica y legalmente anticonceptivas, nunca abortivas. La píldora anticonceptiva de emergencia tiene una eficacia del 75% al 89%.
 - Acetato de ulipristal, también conocido como píldora de los cinco días después.
 - Mifepristona, en pequeñas dosis (de 25 mg a 50 mg) es considerada como anticonceptivo de emergencia por delante del levonorgestrel.⁵⁰ En dosis de 600 mg. (junto con Misoprostol 400 µg) se considera abortivo y debe administrarse bajo supervisión médica.
- **Anticonceptivos inyectables combinados:**

Método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina se debe aplicar en el periodo adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.

- **Métodos definitivos**

○ **Ligadura (SBT)**

Ligadura de trompas, o salpingoclasia. Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él.

○ **Vasectomía**

Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades⁴⁰.

2.4. Hipótesis

- H_i : El nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva es diferente en varones y mujeres adolescentes.
 H_o : El nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva no es diferente en varones y mujeres adolescentes.
- H_i : El nivel de prácticas sobre salud sexual y reproductiva es diferente en varones y mujeres adolescentes.

H₀: El nivel de prácticas sobre salud sexual y reproductiva no es diferente en varones y mujeres adolescentes.

2.5. Identificación de variables

2.5.1. Variable de estudio o de interés: Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva.

2.5.2. Variables de caracterización: Edad, género, procedencia, ocupación, grado de instrucción, estado civil, religión, con quien vive actualmente, tiene hermanos, charlas sobre SSR, frecuencia de la charla sobre SSR, institución que brinda la charla sobre SSR.

2.6. Operacionalización de variables

Variable de interés	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Conocimientos sobre SSR	Generales	6.30 – 10 3.14 – 6.29 0 – 3.13	Alto Medio Bajo	Categórica Ordinal
	Planificación familiar	6.17 – 10 2.85 – 6.16 0 – 2.84	Alto Medio Bajo	
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	7.68 – 10 3.68 – 7.67 0 – 3.86	Alto Medio Bajo	
Prácticas sobre SSR	Responsabilidad y prevención del riesgo sexual	38.23 – 45 31 – 38.22 18 – 30.99	Bueno Regular Deficiente	Categórica Ordinal
	Libertad para decidir y autonomía	43.95 – 55 34.05 - 43.94 11 – 34.04	Bueno Regular Deficiente	
	Respeto mutuo y reciprocidad	32.16 – 40 17.64 – 32.25 8 – 17.63	Bueno Regular Deficiente	
	Sexualidad y amor	87.24 – 100 62.31 – 87.23 20 – 62.30	Bueno Regular Deficiente	

Variable de caracterización	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Edad	Única		Años	Númerica Discreta
Género	Única	Sexo	Masculino Femenino	Categórica Nominal
Procedencia	Única	Lugar de origen	De Huánuco Fuera de Huánuco	Categórica Nominal
Ocupación	Única	Trabajo o labor que desempeña	Estudiante estudia y trabaja	Categórica Nominal
Grado	Única	Nivel de estudios	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto	Categórica Ordinal
Estado civil	Única	Situación conyugal legal actual	Soltera(o) Conviviente Casada(o) Divorciada(o) Viuda(o)	Categórica Nominal
Religión	Única	Religión que profesa	Católico Evangélico Mormón Testigo de Jehová	Categórica Nominal
Convivencia actualmente	Única	Directa	Ambos progenitores Un solo progenitor Algún otro familiar	Categórica Nominal
Hermanos	Única	Directa	Si No	Categórica Nominal
Sesión educativa	Única	Directa	Si No	Categórica Nominal
Frecuencia de la charla	Única	Directa	Siempre Casi siempre A veces	Categórica Ordinal
Institución que brinda	Única	Institución que brinda la información sobre SSR	Sector salud Sector educación	Categórica Nominal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

La investigación pertenece al siguiente tipo de estudio:

De acuerdo a la intervención del investigador, el estudio fue *observacional*, porque sólo se observaron los fenómenos (variable) en su contexto natural para analizarlos, sin la manipulación alguna de la variable.

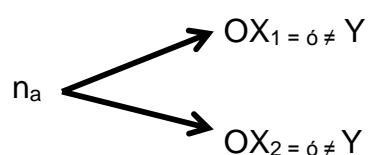
Según la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo prospectivo, porque la información se recolectó después de la planeación, y la recolección de datos se realizó a partir de fuentes primarias.

Según el número de ocasiones en que midió la variable, el estudio fue *transversal*, porque la variable se midió en una sola vez.

Por el número de variables analizadas, el estudio fue *descriptivo*, porque se analizó una sola variable.

3.2. Diseño de estudio

El diseño del estudio fue descriptivo comparativo, tal como se muestra en el siguiente esquema:



Dónde:

n_a : Muestra aleatoria

O : Observación

X_1 : Conocimientos en SSR

X_2 : Prácticas en SSR

Y : Género

3.3. Población

La población estuvo constituida por 597 adolescentes del 1^{er} al 5^{to} año del nivel secundaria de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún de Amarilis

AÑO	SECCIÓN	N°
PRIMER	A	35
	B	30
	C	32
	D	33
SEGUNDO	A	28
	B	30
	C	30
	D	33
TERCER	A	25
	B	19
	C	23
	D	28
CUARTO	A	22
	B	25

	C	29
	D	30
	E	23
QUINTO	A	28
	B	25
	C	30
	D	27
	E	22
TOTAL		597

a) Características generales de la población

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio:
 - Estudiantes adolescentes de 12 a 17 años
 - Estudiantes de la IE Mariano Dámaso Beraún
 - Estudiantes que acepten firmar el consentimiento informado.
 - Estudiantes del 2^{do} al 5^{to} año del nivel secundario.
- **Criterios de exclusión:** se excluyeron del estudio:
 - Estudiantes menores de 12 años y mayores de 17 años.
 - Estudiantes que no se encuentren en el aula por cualquier motivo
 - Estudiantes que tuvieron cualquier dificultad que le permitiera resolver los instrumentos (dolores de cabeza, problemas de miembros superiores, etc.)

b) Delimitación espacial y temporal

El estudio se llevó a cabo en las aulas de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún, ubicado en el jirón Macchu Picchu S/N del distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco en el periodo de abril a julio del 2017.

3.4. Muestra y muestreo

- **Unidad de estudio:** Adolescentes (12 a 17 años)

- **Unidad de información:** Los adolescentes
- **Unidad de muestreo:** Los adolescentes
- **Marco muestral:** Registro de matrícula 2017
- **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra fue calculado aplicando la fórmula para población finita o conocida para variables categóricas

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\alpha^2}^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{1-\alpha^2}^2 \cdot p \cdot q}$$

p : 0.5 (Probabilidad de éxito o tasa de prevalencia)

q : 0.5 (Probabilidad de fracaso o de no prevalencia)

e : 0.05 (5%) error o precisión

Remplazando valores en la fórmula

$$n = \frac{597 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (597 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{597 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.87 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{336.14}{1.8304}$$

$$n = 234$$

- **Tipo de muestreo**

Se utilizó el muestreo probabilístico estratificado y simple

AÑO	SECCIÓN	N°		n	
PRIMER	A	130	35	50	14
	B		30		12
	C		32		11
	D		33		13
SEGUNDO	A	121	28	48	11
	B		30		12
	C		30		12
	D		33		13
TERCER	A	95	25	37	10

	B		19		7
	C		23		9
	D		28		11
CUARTO	A	119	22	47	9
	B		25		10
	C		19		7
	D		30		12
	E		23		9
QUINTO	A	132	28	52	11
	B		25		10
	C		30		12
	D		27		10
	E		22		9
TOTAL		597	597	234	234

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se aplicó para la investigación fue la encuesta

Entre los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de información, tenemos al siguiente:

3.5.1. Cuestionario sobre datos sociodemográficos y familiares (anexo 01)

El instrumento estuvo compuesto por 12 reactivos referente a características demográficas (3 preguntas), sociales (4 preguntas), familiares (2 preguntas) y datos informativos (3 preguntas).

3.5.2. Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva (SSR)

El instrumento fue construido a propósito de la investigación en base a la literatura y jueces expertos, que consta de 30 preguntas con 4 opciones de respuesta, dimensionado en 3 secciones (conocimientos generales, conocimientos sobre planificación familiar y conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual) con 10 reactivos cada uno. Cada pregunta tiene una alternativa correcta y 3 distractores.

Se usó la escala de Stanino para obtener el nivel de conocimientos en alto, medio y bajo

VARIABLE	Bajo			Medio			Alto		
Generalidades	0	-	3.13	3.14	-	6.29	6.30	-	10
Métodos anticonceptivos	0	-	2.84	2.85	-	6.16	6.17	-	10
Infecciones de transmisión sexual	0	-	3.85	3.86	-	7.67	7.68	-	10
CONOCIMIENTO EN SSR	4	-	10.76	10.77	-	19.18	19.19	-	30

VARIABLE	Deficiente			Regular			Buena		
Responsabilidad	18	-	30.99	31.00	-	38.22	38.23	-	45
Autonomía	11	-	34.04	34.05	-	43.94	43.95	-	55
Respeto mutuo	8	-	17.63	17.64	-	32.25	32.26	-	40
Sexualidad	20	-	62.30	62.31	-	87.23	87.24	-	100
PRÁCTICAS EN SSR	59	-	151.36	151.37	-	195.24	195.25	-	234

3.5.3. Escala de prácticas en salud sexual y reproductiva.

Se usó el instrumento sobres estilos de vida en salud sexual y reproductiva como expresión de las prácticas de los adolescentes en dicho acápite. El instrumento que ya fue utilizado en otros estudios está compuesto por 48 ítems o afirmaciones sobre estilos de vida en salud sexual y reproductiva dimensionados en 6 secciones (responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad de decidir, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor y sexualidad como algo positivo). A los adolescentes se les pidió que valoren cada uno de los reactivos con una escala tipo Likert con intensidades 1 a 5 (1: totalmente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: de acuerdo; 5: totalmente de acuerdo).

Para obtener la puntuación general se sumaron los ítems del 1 al 48 y en función de la escala de Stanino se obtuvieron el nivel de prácticas en valores finales de: bueno, regular y deficiente.

Para las seis dimensiones se sumaron el total de ítems de cada sección y en función de la escala de Stanino se valoraron el nivel de prácticas para cada dimensión en bueno, regular y deficiente.

3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

El instrumento para medir el nivel de conocimientos tuvo validez de contenido y de consistencia interna a través del coeficiente de fiabilidad Kuder Richardson (KR-20). Asimismo, la escala sobre estilos de vida en SSR como expresión de las prácticas en SSR se validó cuantitativamente a través de alpha de Cronbach (α).

3.6.1. Validez cualitativa

Para la validez de contenido participaron 4 jueces expertos en temas de salud sexual y reproductiva e investigación (obstetra, ginecólogo, enfermero) quienes evaluaron la congruencia, redacción, claridad y precisión, pertinencia de los ítems y amplitud de contenido, donde después de levantar las observaciones realizadas del instrumento concluyeron por unanimidad que el instrumento se encontraba apto para su aplicación de campo. Asimismo, se utilizó la literatura disponible para elaborar las preguntas, ya que es un tema donde los conceptos están plenamente definidos.

3.6.2. Validez cuantitativa

Fiabilidad del instrumento.

Para estimar la confiabilidad del instrumento del estudio, se realizó el siguiente procedimiento:

Se efectuó una prueba piloto, a 30 estudiantes adolescentes de la Institución Educativa “El Amauta”, en la cual se identificaron dificultades de ortografía, palabras poco comprensibles que fueron absueltos al momento. Asimismo, se determinó el tiempo para resolver los instrumentos fue de 30 minutos.

Se determinó la confiabilidad del instrumento, a través coeficiente de fiabilidad Kuder Richardson (KR-20) y alpha de Cronbach (α), la cual permitió conocer el nivel de consistencia general de los resultados.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Estimación de la confiabilidad, por el método de consistencia interna de Kuder Richardson (KR-20)

Dimensiones	N° ítems	(n = 30) KR-20
Generalidades	10	,800
Conocimientos en planificación familiar	10	,897
Conocimientos en infecciones de transmisión sexual	10	,834
Conocimientos en SSR	30	,850

Fuente: Prueba piloto

Con estos resultados, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el instrumento “Cuestionario sobre conocimientos en SSR” tiene una confiabilidad de consistencia interna “alta respetable”, por lo cual la consideramos confiable para nuestro propósito de investigación.

Estimación de la confiabilidad, por el método de consistencia interna de alpha de Cronbach (α)

Variable	N° ítems	(n = 30) α
Prácticas en SSR	30	,850

Fuente: Prueba piloto

Con estos resultados, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el instrumento “Escala de prácticas en SSR” tiene una confiabilidad de consistencia interna “alta respetable”, por lo cual la consideramos confiable para nuestro propósito de investigación.

3.7. Procedimientos de recolección de datos

3.7.1. Autorización

Para obtener los permisos respectivos para el trabajo de campo se realizó las coordinaciones con el director y docentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del Distrito de Amarilis, a través de la emisión de oficios a las autoridades anteriormente mencionadas.

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Obtención del marco muestral
- Capacitación de los encuestadores
- Selección de la muestra
- Aplicación del consentimiento informado
- Aplicación de los instrumentos

3.8. Elaboración de los datos

Se considerarán las siguientes fases:

- Revisión de los datos: se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos: como los datos van a ser procesados, a través del paquete estadístico, se elaboró una base de datos y un sistema de códigos numéricos. Asimismo, se realizó recodificaciones de variables dependiendo del objetivo.
- Procesamiento de datos: se realizó con la hoja de cálculo Excel 2013 y el paquete estadístico SPSS versión 23,0.
- Clasificación de los datos: todas las variables fueron recolectadas de acuerdo a su naturaleza primigenia para así evitar pérdida de información. La clasificación se realizó de acuerdo al tipo de variable, de forma categórica o numérica. Asimismo, según la escala de medición de las variables (Nominal, ordinal, intervalo o de razón).
- Presentación de datos: para la presentación de los datos se tuvo en cuenta las normas Vancouver. Se mostrará los datos de acuerdo al tipo de variable, a través de tablas académicas y gráficos siguiendo una secuencia lógica.

3.9. Análisis de datos

3.9.1. Análisis descriptivo

Se utilizaron la estadística descriptiva de medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas; por otro lado, las variables numéricas fueron analizadas a través de las medidas de tendencia central, dispersión. Además, se emplearon figuras para facilitar la comprensión en cada caso.

3.9.2. Análisis inferencial

Para poder contrastar las hipótesis comparativas se usó la prueba estadística no paramétrica de U de Mann Witney (U) a través de un análisis estadístico bivariado, con intervalos de confianza al 95% y un nivel de significancia ($p \leq 0.05$).

3.10. Aspectos éticos de la investigación

En cuanto a las consideraciones éticas; se tuvo en cuenta los cuatro principios éticos: principio de *no maleficencia*, el estudio no pondrá en riesgo la salud, dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes; en cuanto al principio de la *beneficencia* el estudio servirá para conocer los conocimientos y prácticas en SSR y en función a ello se elaborara planes y/o estrategias que ayuden a disminuir los embarazos adolescentes y las infecciones de transmisión sexual en la población de estudio. El principio de la *autonomía* estuvo representado por la libre decisión de firmar el consentimiento informado y participar voluntariamente. Asimismo, en el principio de *justicia* se trató de manera empático y amable, respetando limitaciones a cada adolescente sin importar etnia o religión u otra condición social

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

▪ Características sociodemográficas

Tabla 01. Edad de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

Sociodemográficas	f	%
Edad		
Adolescente (12-14 años)	135	57,7
Adolescente (15-17 años)	99	42,3
Procedencia departamental		
De Huánuco	204	87,2
De otro departamento	30	12,8
Total	234	100,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfica y familiares *Clasificación según MINSA

En la tabla 01, se observa que el 57.7% de los adolescentes tiene entre 12 y 14 años y el 42.3% entre 15 y 17 años. Por otro lado, el 87.2% son huanuqueños y el 12.8% proceden de otro departamento.

Tabla 02. Descripción cuantitativa de la edad en años de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

Variable	(n = 234)						IC95%
	Media	±DE	M _d	M _O	Min.	Max.	
Edad (años)	14,03	1,498	14,00	12	12	17	(13.8 – 14.2)

Fuente: Cuestionario sociodemográfica y familiares *Clasificación según MINSA

La tabla 2 exhibe que la edad mínima y máxima es 12 y 17 años consecutivamente. Asimismo, la edad media de la muestra es 14.03 años con una \pm DE 1.498 años; además se observa que la edad promedio de la población adolescente de la IE comprende entre 13.8 y 14.2 años. También el 50% de la muestra tiene una edad inferior a 14 años y el otro 50% superior a ese valor. Igualmente, la edad que con mayor frecuencia se consigue en la población adolescente es de 12 años.

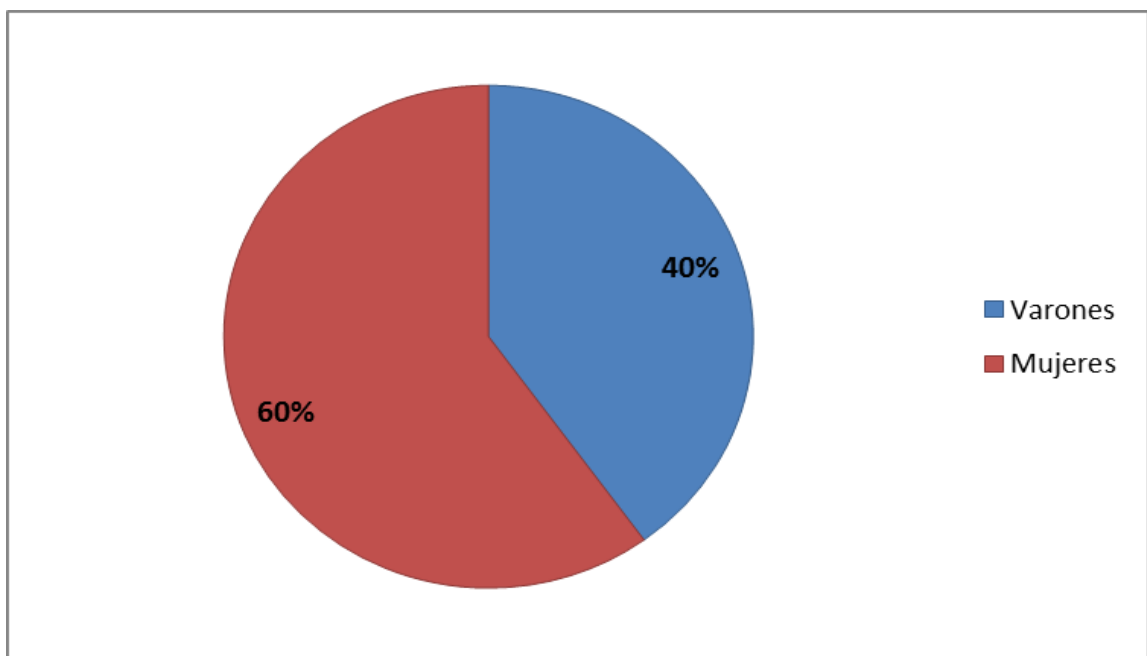


Figura 01. Representación del género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

La muestra en estudio está constituida por 234 adolescentes de ambos sexos, de las cuales el 60% son mujeres y el 40% son varones.

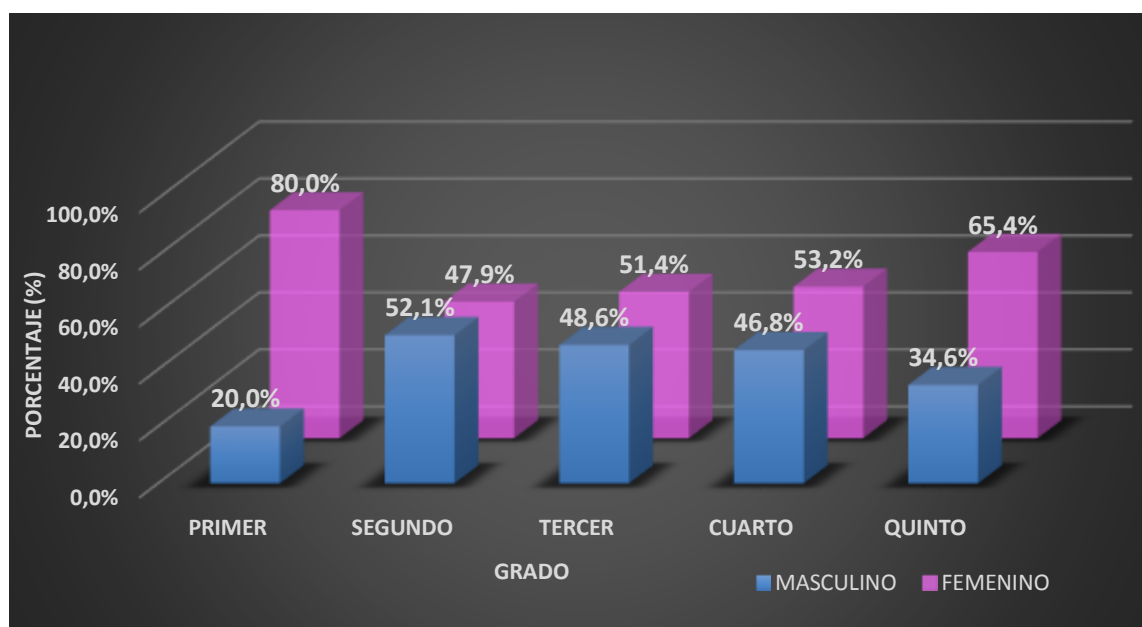


Figura 02. Representación del grado, según género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

La gráfica nos muestra que en el primer grado el 80% son mujeres y el 20% varones, el segundo grado está conformado por un 52.1% de varones y el 47.9% de mujeres; el tercer grado está constituido por un 51.4% de mujeres y un 48.6% de varones, asimismo, en el cuarto grado el 53.2% son mujeres y el 46.8% son varones y por último el quinto grado está conformado por un 65.4% de mujeres y un 34.6% de varones.

Tabla 03. Características sociales de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

Características sociales	(n=234)	
	f	%
Ocupación		
Estudiante	197	84,2
Trabaja y estudia	37	15,8
Estado civil		
Soltero	230	98,3
Conviviente	4	1,7
Religión		
Católico	117	50,0
Evangélico	89	38,0
Mormón	26	11,1
Testigo de Jehová	2	0,9
Con quien vive actualmente		
Con mis padres	154	65,8
Con uno de mis padres	58	24,8
Con otro familiar	22	9,4
Hermanos		

Si	214	91,5
No	20	8,5

Fuente: Cuestionario sociodemográfica y familiares

La tabla muestra que el 84.2% (197) de las adolescentes sólo estudian y el 15.8% estudian y trabajan a la vez. En cuanto al estado conyugal el 98.3% son solteros y el 1.7% conviven con su pareja. El 50% de los adolescentes son de religión católico, el 38% evangélico, el 11.1% mormón y el 0.9% son testigo de Jehová. Además, se observa que el 65.8% de los adolescentes viven con ambos padres, el 24.8% viven con uno de sus padres y el 9.4% con otro familiar, también nos muestra que la mayoría, con un 91.5% los adolescentes si tienen hermanos y el 8.5% son hijos únicos.

Tabla 04. Datos informativos de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

Características familiares	(n=234)	
	f	%
Sesiones educativas sobre SSR		
Si	190	81,2
No	44	18,8
Frecuencia de las sesiones educativas sobre SSR		
Siempre	17	7,3
A veces	173	73,9
Nunca	44	18,8
Institución que brindo la sesión educativa		
Sector educación	158	67,5
Sector salud	32	13,7
Ninguna	44	18,8

Fuente: Cuestionario sociodemográfica y familiares

En la tabla 04 se observa que el mayor porcentaje (81.2%) de los adolescentes si recibieron charla en temas de salud sexual y reproductiva, en cuanto a la

frecuencia el 73.9% manifestaron a veces y el 7.3% siempre. Asimismo, el 67.5% de la charla fue brindado por el sector educación y el 13.7% por un establecimiento de salud.

▪ **Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (SSR)**

Tabla 05. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

Conocimiento global en SSR	(n=234)	
	f	%
Bajo (Deficiente)	54	23,1
Medio (Regular)	133	56,8
Alto (Bueno)	47	20,1
Total	234	100,0

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductivo se encontró que el 56.8% de los adolescentes presentan un nivel de conocimientos medio o regular, como lo muestra la tabla 06. Asimismo, se observa que el 23.1%

presentan conocimientos deficientes y el 20.1% conocimiento alto sin diferencia significativa entre ambos.

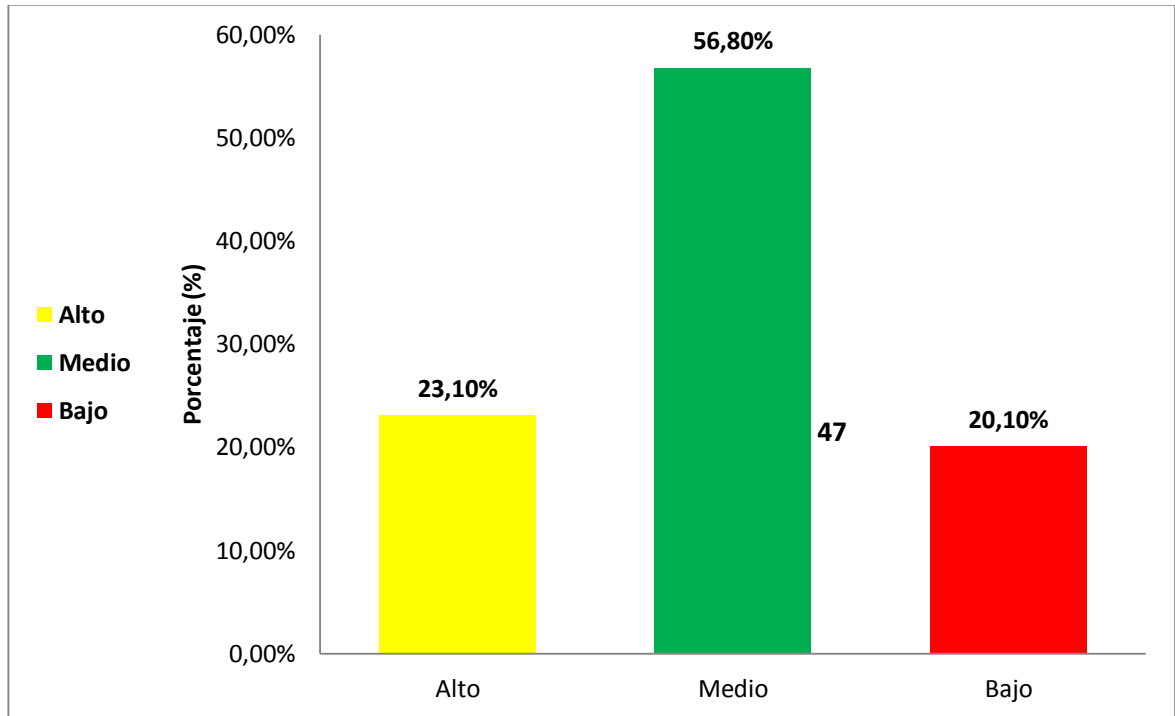


Figura 03. Representación del nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017

La figura muestra que el mayor porcentaje (56.8%) de los adolescentes tienen un nivel de conocimientos regular sobre salud sexual y reproductiva (SSR), con una diferencia evidente del nivel alto y bajo.

Tabla 06. Dimensión generalidades sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Generalidades	(n=234)	
	f	%
Bajo (Deficiente)	70	29,9
Medio (Regular)	124	53,0
Alto (Bueno)	40	17,1
Total	234	100,0

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva

El conocimiento sobre derechos sexuales, embarazo, conceptos básicos sobre SSR, medidas preventivas primordiales de los adolescentes se encuentra en un

nivel regular con un 53.0%. Asimismo, una considerable proporción (29.9%) tienen un déficit de conocimiento y sólo el 17.1% ostentan de conocimiento alto.

Tabla 07. Dimensión planificación familiar de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Métodos anticonceptivos	(n=234)	
	f	%
Bajo (Deficiente)	49	20,9
Medio (Regular)	144	61,5
Alto (Bueno)	41	17,5
Total	234	100,0

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva

Al evaluar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos se halló que el 61.5% de los adolescentes ostentan un conocimiento regular o medio con una diferencia significativa del nivel bajo (20.9%) y alto (17.5%). Asimismo, se evidencia que un porcentaje considerable de adolescentes tienen un

conocimiento deficiente sobre objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Tabla 08. Dimensión infecciones de transmisión sexual (ITS) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)	(n=234)	
	f	%
Bajo (Deficiente)	55	23,5
Medio (Regular)	109	46,6
Alto (Bueno)	70	29,9
Total	234	100,0

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva

Respecto al conocimiento sobre las enfermedades infecciosas que se transmiten por medio de las relaciones sexuales se encontró que menos del 50% tienen un nivel medio de conocimiento (46.6%). Asimismo, se puede notar que casi el 30% (29.9%) de los adolescentes gozan de un nivel alto o buena información respecto a las infecciones de transmisión sexual, resultado un tanto positivo ya que las ITS son un problema que demanda atención a diario en los establecimientos de salud

(EESS). También, se puede notar que el 23.5% de los adolescentes tienen un conocimiento deficiente en relación a las ITS.

- **Prácticas sobre salud sexual y reproductiva (SSR)**

Tabla 09. Nivel de prácticas sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Prácticas en SSR	(n=234)	
	f	%
Deficiente	55	23,5
Regular	111	47,4
Bueno	68	29,1
Total	234	100,0

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva

Al evaluar el nivel de prácticas se encontró que el 47.4% que los adolescentes presentan prácticas en un nivel regular sobre salud sexual y reproductiva, tal como lo indica la tabla 10. Asimismo, el 23.5% de los adolescentes desarrollan prácticas deficientes en SSR y el 29.1% realizan buenas prácticas sobre SSR.

Tabla 10. Dimensión *responsabilidad y prevención de riesgo* de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Responsabilidad y prevención de riesgo sexual	(n=234)	
	f	%
Baja	44	18,8
Regular	158	67,5
Alta	32	13,7
Total	234	100,0

Fuente: Escala sobre prácticas en salud sexual y reproductiva

Al valorar la responsabilidad y prevención de riesgo sexual y reproductivo se encontró que el 67.5% (158) de los adolescentes tienen un nivel regular de autocuidado de su vida sexual y reproductivo. Además, el 18.8% no tienen responsabilidad o cuidado en su vida sexual y reproductivo, conducta que les expone a muchos riesgos sexuales.

Tabla 11. Dimensión *autonomía* de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Libertad de decisión y/o autonomía	(n=234)	
	f	%
Poca	46	19,7
Regular	116	49,6
Alta	72	30,8
Total	234	100,0

Fuente: Escala sobre prácticas en salud sexual y reproductiva

Al evaluar la libertad de decisión y/o autonomía de la adolescente, se encontró que el 49.6% (116) tienen autodeterminación sexual y reproductivo en un nivel regular o medio. Asimismo, se observa que el 30.8% gozan de una alta autonomía para planear la propia familia, el derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, y el derecho a estar libres de todas las formas de violencia y coerción que afecten la vida sexual y reproductiva de la mujer. Además, 19.7% tienen poca autonomía.

Tabla 12. Dimensión *respeto mutuo y reciprocidad* de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

<i>Respeto mutuo y reciprocidad</i>	(n=234)	
	f	%
Bajo	51	21,8
Regular	140	59,8
Bueno	43	18,4
Total	234	100,0

Fuente: Escala sobre prácticas en salud sexual y reproductiva

La tabla 13 indica, que el porcentaje más alto (59.8%) de los adolescentes demostró estar en el nivel regular cuando se trata del respeto y ayuda dentro de su círculo social y con su pareja para ejercer responsablemente y sin riesgos su sexualidad. Además, se observa que el 21.8% de los adolescentes gozan de baja o poco respeto mutuo y ayuda.

Tabla 13. Dimensión *sexualidad y amor* de la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Sexualidad y amor	(n=234)	
	f	%
Bajo	54	23,1
Regular	127	54,3
Bueno	53	22,6
Total	234	100,0

Fuente: Escala sobre prácticas en salud sexual y reproductiva

La tabla 14 muestra que el 54.3% de los adolescentes asumen sus sentimientos, emociones, relaciones sexuales, su identidad, sus relaciones con los demás, sus vivencias, su forma de pensar en un nivel regular. Asimismo, se aprecia que el 23.1% la asumen su sexualidad de manera deficiente y el 22.6% de manera saludable o buena.

4.2. Análisis inferenciales

Tabla 14. Comparación de diferencias del nivel de conocimientos en SSR según género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Nivel de conocimientos	Género				Total		U	p-valor
	Masculino		Femenino					
	f	%	f	%	f	%		
Deficiente	21	22.6	33	23.4	54	23.1	6088,5	,301

Regular	59	63.4	74	52.5	133	56.8
Alto	13	14.0	34	24.1	47	20.1
Total	93	100.0	141	100.0	234	100.0

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en salud sexual y reproductiva

La tabla nos muestra que en los varones el 22.6% tiene un nivel de conocimientos deficiente, el 63.4% regular y 14% alto. En las mujeres adolescentes 23.4% tienen un nivel deficiente de conocimientos, el 52.5% regular y el 24.1% alto. Asimismo, se observa que el p-valor supera el nivel de significancia (,301) establecido para el estudio, por lo tanto, no rechazamos la hipótesis nula (H_0) que enuncia que “no existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre SSR entre varones y mujeres adolescentes”. Resultado que se evidencia al observar la tabla de contingencia.

Tabla 15. Comparación de diferencias del nivel de prácticas en SSR según género de los adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del distrito de Amarilis, 2017.

Nivel prácticas	Género				Total		U	p-valor
	Masculino		Femenino					
	f	%	f	%	f	%		
Deficiente	27	29.0	28	19.9	55	23.5	6127,5	,360
Regular	39	41.0	72	51.1	111	47.4		

Buenas	27	29.0	41	29.1	68	29.1
Total	93	100.0	141	100.0	234	100.0

Fuente: Escala sobre prácticas en salud sexual y reproductiva

La tabla nos muestra que en los varones el 29.0% tiene un nivel de conocimientos deficiente, el 41.0% regular y 29% alto. En las mujeres adolescentes 19.9% tienen un nivel deficiente de conocimientos, el 51.1% regular y el 29.1% alto. Asimismo, se observa que el p-valor supera el nivel de significancia (,360) establecido para el estudio, por lo tanto, no rechazamos la hipótesis nula (H_0) que enuncia que “no existe diferencia en el nivel de prácticas sobre SSR entre varones y mujeres adolescentes”. Resultado que se evidencia al observar la tabla de contingencia.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de resultados

Esta investigación de nivel descriptivo de tipo observacional, prospectivo y transversal de diseño descriptivo comparativo tuvo como único propósito conocer

el nivel de conocimientos y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, ya que según Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) ^{41,42} los estilos de vida de la gente joven envuelven comportamientos más riesgosos que la población de mayor edad. La mayoría de los jóvenes alcanzan la madurez sexual mucho antes de alcanzar la madurez emocional, cognitiva o social, lo que se asocia frecuentemente con inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad y no uso de anticonceptivos, lo cual incide en la alta tasa de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

Dentro de las limitaciones del estudio podemos citar, el uso de una muestra para alcanzar los objetivos, debido a que se inserta automáticamente un error aleatorio. Asimismo, el uso de un instrumento construido a propósito de la investigación no tiene la precisión y exactitud con la que cuentan un instrumento psicométrico, que debe ser motivo para futuros estudios. Ante la posibilidad de errores o dificultad en el cumplimiento del llenado del cuestionario sobre conocimientos y la escala tipo Likert sobre prácticas en SSR, los encuestadores comprobaron que se hayan cubierto la totalidad de las preguntas o reactivos. Asimismo, ayudaron a los adolescentes a absolver cualquier duda que se presentaba para su cumplimiento.

Un punto significativo de subrayar del estudio es la validez de contenido y confiabilidad de los instrumentos alcanzados, teniendo puntajes de consistencia interna mayores a 0,8. Índice que dan garantía a los resultados obtenidos del estudio.

Los resultados de la investigación son válidos o inferenciales para la población de estudio, ya que a partir de dicha información se tomarán medidas preventivo promocionales en favor de la población adolescente de la I.E.

Existen escasos estudios locales para realizar la discusión, convirtiéndose el estudio en trascendental para investigaciones futuras.

Respecto al nivel de conocimientos sobre SSR un 56.8% de los adolescentes tienen un nivel de conocimientos regular, con tendencia a baja, un punto desventajoso ya que puede tener repercusiones negativas que se evidencian a través de mayores índices de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados o deseados en los adolescentes. Por el contrario, cuando se trata de poner en práctica los conocimientos que tienen la situación mejora al hallar que el 47.4% de los adolescentes ostentan prácticas regulares con predisposición a buenas prácticas (29.1%) que en definitiva es un punto positivo para disminuir los problemas y enfermedades prevalentes en los adolescentes.

El conocimiento y prácticas tanto en varones y mujeres adolescentes son casi iguales ($p\text{-valor} > 0,05$), no obstante, las mujeres evidencian tener un poco más de conocimientos y prácticas regulares y buenas, pero sin una diferencia significativa. Asimismo, se encontró que lo varones las practicas deficientes (29%) o en favor de evitar las ITS y embarazos no deseados es mayor que en las mujeres (19.9%). Esto es concordante con lo que plantea Cándido et al⁴³. que ambos, hombre y mujer, sienten el influjo de las hormonas, pero son los hombres los que asumen mayores comportamientos de riesgo. Entre las posibles explicaciones se ofrecen que los hombres tienen más “impulso biológico” o que las mujeres están

más inhibidas socialmente en torno a sus comportamientos sexuales, lo que se convierte en un factor protector.

Aunque la mayoría de los adolescentes en estudio recibieron charlas en temas de salud sexual y reproductivo en el colegio y los resultados son un tanto favorable, todavía no hay un nivel alto o bueno de prácticas y conocimientos, en tal sentido se deben rediseñar los métodos de entregar información a los adolescentes. Es así que, según el estudio de Mejía⁴⁴, existe opiniones divididas en los padres acerca de la efectividad de los conocimientos de los cursos de educación sexual entregados en los colegios y de hecho algunos consideran que tal información promueve comportamientos de riesgo (“abren” la curiosidad). De la misma manera, la percepción de los profesores es que los padres no promueven diálogos sobre la sexualidad con los jóvenes. Lo cierto es que, aunque son los padres y los profesores las principales fuentes de información al respecto, la forma como mayormente se “socializa” (y se aplica) el conocimiento es a través de los pares.

El estudio de Arteaga et al⁴⁵ coincide con nuestro resultado al encontrar que el 20.2% de los estudiantes demuestra un conocimiento suficiente, el 47.2% un conocimiento regular y el 32.4% un conocimiento insuficiente sobre los métodos anticonceptivos.

Otro estudio nacional concordante con nuestros resultados es el estudio de Catarora y Villanueva⁴⁶, quienes encontraron que el nivel de conocimiento fue regular para la mayoría de adolescentes (46,4%), asimismo, los varones tuvieron mayor puntaje que las mujeres ($p < 0,05$) contrario a nuestro hallazgo en donde el

nivel de conocimientos y prácticas no difiere entre varones y mujeres. Además, el inicio de relaciones sexuales fue a los 14,1 años en los varones y 15,4 años en las mujeres. Uno de cada tres (34,7%; IC95: 27,3-42,0) varones refirió haber tenido relaciones sexuales a diferencia de una de cada doce (8,5%; IC95: 4,6-12,4) mujeres ($p<0,001$); de éstos 30% (IC95%: 19,3-40,7%) manifestó no haber usado preservativos en sus relaciones sexuales sin diferencias según sexo, comportamiento de riesgo que conlleva a embarazos adolescentes y mayor ITS.

La investigación casi concordante con nuestros resultados es el realizado por Ruiz Stenberg y cols⁴⁷. Quienes encontraron que la percepción de los conocimientos fue considerada como buenas pero los conocimientos concretos fueron escasos o regulares. Asimismo, el 66,7% manifestó haber tenido relaciones sexuales que iniciaron entre los 17-18 años; 48% de los encuestados usó preservativo y 1% había tenido enfermedades de transmisión sexual. Por lo se debe fomentar factores protectores e intervenir en los comportamientos de riesgo a través de diferentes estrategias de educación y prevención que orienten hacia una sexualidad responsable y satisfactoria.

Por otro lado, Rengifo, Córdoba, Serrano⁴⁸, en su estudio sobre conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano encontraron conocimientos en niveles altos y muy alto sobre salud sexual y reproductiva, resultado o situación que confronta la efectividad de los programas de educación sexual en los colegios.

Diversos estudios nacionales^{49, 50,51} sobre conocimientos, prácticas y actitudes en salud sexual y reproductiva coinciden con nuestro resultado al

encontrar niveles medios y bajos en la población adolescente de las instituciones educativas. Es así que se pone sobre en tela de juicio la efectividad de los programas de educación sexual en los colegios.

Los resultados encontrados sobre sus conocimientos y prácticas en un nivel regular con tendencia a bajo, nos orienta a sugerir que se deben potenciar los programas de educación sexual, ya que según el estudio Toledo et al⁵², se estableció que en los estudiantes que recibieron el programa hubo aumento significativo de conocimientos sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción e ITS/SIDA, hubo retraso en el inicio de la actividad sexual, mayor proporción de actividad sexual protegida en los adolescentes que decidieron continuar su vida sexual y disminución significativa en el número de embarazos.

Todavía hay mucho por estudiar en el complejo campo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes que permiten la caracterización de conocimientos y prácticas en sexualidad y reproducción con que cuenten los adolescentes y así construir categorías analíticas sobre los factores que desfavorecen y/o favorecen una buena salud sexual y reproductiva, partiendo del contexto familiar, cultural, educativo y ambiental en el cual se desarrollan.

Bajo este panorama y a modo de síntesis, a pesar que los resultados están en un nivel regular o medio mayoritariamente, en cuanto los conocimientos y prácticas, existe todavía la necesidad de prestar atención al grupo de adolescentes que presentan un déficit tanto en el conocimiento y prácticas

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductivo de los adolescentes de la I.E. Mariano Dámaso Beraún está en un nivel regular con un 56.8%.

- El conocimiento sobre derechos sexuales, embarazo, conceptos básicos sobre SSR, medidas preventivas primordiales de los adolescentes se encuentra en un nivel regular con un 53.0%.
- El 61.5% de los adolescentes ostentan un conocimiento regular sobre métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo no deseado y las ITS.
- El nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual que tienen los adolescentes está en un nivel regular con un 46.6%.
- El nivel de prácticas sobre salud sexual y reproductivo de los adolescentes de la I.E. Mariano Dámaso Beraún está en un nivel regular con un 47.4%.
 - El 67.5% (158) de los adolescentes tienen un nivel regular de autocuidado de su vida sexual y reproductivo.
 - El 49.6% (116) de los adolescentes tienen autodeterminación sexual y reproductivo en un nivel regular o medio.
 - El 59.8% de los adolescentes demostró estar en el nivel regular cuando se trata del respeto y ayuda dentro de su círculo social y con su pareja para ejercer responsablemente y sin riesgos su sexualidad.
 - El 54.3% de los adolescentes asumen sus sentimientos, emociones, relaciones sexuales, su identidad, sus relaciones con los demás, sus vivencias, su forma de pensar en un nivel regular

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones de la presente investigación podemos destacar las siguientes sugerencias y/o recomendaciones:

A las instituciones centrales rectoras de salud y educación

- Establecer normas para la contratación de un profesional de enfermería exclusivo en los establecimientos de salud para trabajar con los adolescentes de las I.E., ya que es un espacio importante para desarrollar programas de

promoción y prevención en salud y establecer servicios especializados para la población adolescente.

A la institución educativa Mariano Dámaso Beraún

- Desarrollar temas de salud sexual y reproductiva establecidos en la programación curricular anual (PCA)
- Incentivar la participación de los adolescentes en círculos de jóvenes que fomentan los estilos de vida saludable y el deporte.

A los establecimientos de salud y licenciados en enfermería

- Potenciar el trabajo de promoción y prevención en las instituciones educativas en temas de salud sexual y reproductiva.
- Establecer alianzas estratégicas con las instituciones educativas y la policía nacional para desarrollar un trabajo sostenible durante el año académico.
- Realizar un abordaje multidisciplinario del adolescente intra y extra mural.
- Implementar y mantener servicios amigables con atención integral para adolescentes, proporcionando asesoría y consejería en salud adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva, orientados a la prevención de las principales consecuencias biopsicosociales como son el embarazo no deseado y las ITS/SIDA, suprimiendo mitos y creencias en lo relacionado al ITS-VIH/SIDA.

A la comunidad científica

- Se recomienda la ejecución de otros trabajos similares al estudio, con mayor rigor metodológico tanto en el nivel de investigación, el diseño, el tamaño de la muestra y el análisis descriptivo e inferencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial para la salud. Salud sexual y reproductiva en los adolescentes. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
2. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opinion/es/InformeFinal_INSP.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. Temas de salud. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
4. Federación Internacional de Planificación Familiar. Programa de Atención a Jóvenes en Salud Sexual. [Serie en Internet]. España. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en: <http://www.fpfe.org/jovenes/programa.htm>
5. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2006). Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/endes/>.
6. Organización mundial para la salud. Women and AIDS: an agenda for action. Ginebra: OMS, 2005.
7. Arana M, et al. Promoción y cuidado de la salud del adolescente y jóvenes haciendo realidad el Derecho a la Salud. SPAJ-OPS-GTZ. pp. 334. [En línea]: http://bvs.minsa.gob.pe/archivos/dgsp/98_POLIT.ADOLES.pdf
8. Solis N., "Conocimiento y Actitudes de Sexuales en Adolescentes de la Comunidad Zonal Magdalena Nueva", [Tesis de Magister] Sc. Docente Investigadora de la Escuela Profesional de Obstetricia. Chimbote-Perú, 2010.
9. Juárez S. Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14-16 años de la I.E. "Juan Pablo II" del distrito de Paita-Piura. [Trabajo para optar el título de licenciatura de Obstetricia]. Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2009.
10. OPS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en América Latina y El Caribe 1997- 2000. Washington: OPS; 1998. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI
11. Ministerio De Salud: Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1996-2000. Lima, Enero, 1996.
12. Valdivia M. Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del VIH/SIDA en adolescentes [tesis para optar el título de Master en Enfermería]. Yahuajay-Cuba: Institución Sede Salud Yahuajay, 2009.
13. Odeyemi, K., Onajole, A. y Ogunnowo, B. (2009) Comportamiento sexual y los factores que influyen entre las mujeres que no asisten a la escuela Adolescentes en el mercado de Mushin, Lagos, Nigeria. Revista Internacional de Medicina y Salud del Adolescente, 21, 101-110. <http://dx.doi.org/10.1515/IJAMH.2009.21.1.101>

14. Chelhond Boustanie EA, Contreras Vivas L, Ferrer Ladera Michelle, Rodríguez I. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. *Revista médica Risaralda* [online]. 2012, vol.18, n.2, pp.112-115. ISSN 0122-0667
15. Vital Riquenes E, Sarmiento Ducónger R, Almeida Álvarez Y, Benítez Riquenes DG. Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. [internet]. [Consultado 2017 Oct 02]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_5_11/san05511.htm
16. Madeni F, Horiuchi S, Lida M. Evaluation of a Reproductive Health Awareness Program for Adolescence in Urban Tanzania - A Quasi-experimental Pre-test Post-test Research. *Reproductive Health*. 2011; 8(8): 8 - 21. Leyva
17. Leyva Ramírez Niolisday, Sosa Zamora Mariela, Guerra Cuba Delia, Mojena Orúe Dulce, Gómez Pérez Nora. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. *MEDISAN* [Internet]. 2011 Mar [citado 2017 Nov 06] ; 15(3): 323-329. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300008&lng=es.
18. Rocha F. Embarazo en adolescentes, problema de salud pública. *Milenio*. 16 Abril 2010; Sect. A: 2 (col. 1).
19. Martínez Pérez M, Alonso Cordero ME, Rodríguez Aguiar CM, Quevedo Navarro M. Conocimiento de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual. *Medimay* [revista en Internet]. 2009 [citado 2017 Nov 6]; 15(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/402>
20. Valdivia Rivero MR. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza politécnica. Municipio Yaguajay [Trabajo para optar por el Título de Máster en Enfermedades]. Yaguajay: Facultad de ciencias médicas; 2009.
21. Macchi ML, Benítez Leite S, Corvalán A, Nuñez C, Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2008 Abr [citado 2017 Nov 06] ; 79(2): 206-217. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200012>
22. Gutiérrez Chávez, Sandra Milagros. Efectividad del Programa Educativo "Exprésate" en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa "Peruano Suizo", Comas 2011 [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
23. Bances Cruz LC, Santos Vásquez KP. "Prácticas de riesgo en la sexualidad que manifiestan los adolescentes de 5º año de secundaria de tres instituciones educativas del Rímac, 2010". [tesis para obtener el título profesional en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.

24. Dioses C. Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes del Asentamiento Humano “9 de octubre” del distrito de Sullana [tesis para obtener el título profesional en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2010.
25. Juárez S. Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14-16 años de la I.E. “Juan Pablo II” del distrito de Paita-Piura. [Trabajo para optar el título de licenciatura de Obstetricia]. Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2009.
26. Eche
27. Marcavelica
28. Carmona
29. Vidal Núñez R. Teoría del conocimiento [internet]. [Consultado 2014 Oct 02]. Disponible en: <http://www.corazondejesusza.net/apuntes/filosofia/Inmanuel%20kant.pdf>
30. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. “Modelo Abordaje de Promoción de la Salud” [internet]. [Consultado 2014 Oct 02]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../programa%20familiaviviendasaludables.doc>
31. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Ed. Barcelona. 2010. Pag: 423.
32. Bertrand R. El conocimiento humano [internet]. [Consultado 2014 Oct 03]. Disponible en: <http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/15Diferentes-tipos-de-conocimientos.pdf>
33. Chávez Calderón P. Conocimiento, ciencia y método [internet]. [Consultado 2014 Oct 03]. Disponible en: <http://virtual.uptc.edu.co/drupal/files/195/contenido/pdf.pdf>
34. Villapanto J. Ciencia y conducta humana [internet]. [Consultado 2014 Sept 29]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/publicaciones/lineamientos.pdf>.
35. Bunge M. La investigación científica [internet]. [Consultado 2014 Oct 03]. Disponible en: <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>
36. Afnasiev V. Manual de Filosofía. Lima, Perú. Citado por: Paredes Cruz E. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, 2010. [Tesis para optar el grado académico de Magister en Obstetricia con mención en salud reproductiva]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Postgrado; 2010.
37. Dorotea Orem. Principio de déficit de autocuidado Rev. y ciencia 2007. Disponible en: http://scholar.google.com/scholar?lr=lang_es&q=dorotea+orem&hl=es&as dt 0

38. Organización Mundial de la salud/Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes. [internet]. [Consultado 2017 Jul 18]. Disponible en: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/11/Salud-Sexual-y-Reproductiva-VIH-en-Adolescentes-Indigenas.pdf>
39. Organización Mundial de la salud/Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes. [internet]. [Consultado 2017 Jul 18]. Disponible en: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/11/Salud-Sexual-y-Reproductiva-VIH-en-Adolescentes-Indigenas.pdf>
40. Organización Panamericana de la Salud. Marco Conceptual. Programa de salud integral del adolescente. Washington, 1991.
41. Organización Panamericana de la Salud. Marco Conceptual. Programa de salud integral del adolescente. Washington, 1991.
42. Organización Mundial de la Salud. Documento básico para las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes. In: Asamblea mundial de la salud; 1989; Ginebra, 1989.
43. Cándido E, Méndez B, Guerra JM, Rodríguez R. Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(1).
44. Mejía IE. Dinámicas ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Programa La Casa CESO. Universidad de los Andes; 2009
45. Arteaga Correa MS, Daza Arias SM, Gómez Robles NM, Raga Ruíz N. Asociación entre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes de I.E. El Bosque de Bogotá. Revista Colombiana. 2006; 1(1): 65-73.
46. Catacora López F, Villanueva Roque J. conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2007; 24(3): 240-47.
47. Ruiz Sternberg AM, Latorre Santos C, Beltrán Rodríguez J, Ruiz Sternberg J, Vélez van Meerbeke A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población adolescente. REV SOGIA. 2005; 12(3): 86-93. Disponible en: 3.
<http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>
48. Rengifo RH, Córdoba EA, Serrano RM. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Revista de Salud Pública. 2012 Agost; 12(4): 558-569.
49. Dioses C. Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes del Asentamiento Humano “9 de octubre” del distrito de Sullana [tesis para obtener el título profesional en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2010.
50. Juárez S. Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14-16 años de la I.E. “Juan Pablo II” del distrito de Paita-Piura. [Trabajo para optar el título de licenciatura de Obstetricia]. Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2009.

51. Solis N., "Conocimiento y Actitudes de Sexuales en Adolescentes de la Comunidad Zonal Magdalena Nueva", [Tesis de Magister] Sc. Docente Investigadora de la Escuela Profesional de Obstetricia. Chimbote-Perú, 2010.
52. Toledo V., Luengo X., Molina R., Murray N., Molina T., Villegas R. "Impacto del programa de educación sexual: adolescencia, tiempo de decisiones". En texto salud sexual y reproductiva en la adolescencia; Molina, Sandoval, González (eds), 1ª ed; 2003: 735 – 750.

ANEXOS

Código

Fecha-----/-----/----

INSTRUMENTO 01**GUIA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADOLESCENTE EN ESTUDIO**

TITULO DEL ESTUDIO. Nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del Distrito de Amarilis – 2017.

INTRUCCIONES: Estimado adolescente, le pedimos por favor se sirva contestar la presente entrevista, la que permitirá conocer sus características sociodemográficas y aspectos laborales; para ello deberá responder las preguntas en forma veraz, marcando con un aspa (x). La información será manejada con carácter confidencial. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

Gracias por su colaboración

I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

1. ¿Cuál es su edad?años

2. ¿Cuál es tu género?

Masculino ()

Femenino ()

3. ¿Cuál es tu procedencia?

De Huánuco ()

Fuera de Huánuco ()

II. CARACTERISTICAS SOCIALES

4. ¿Cuál es tu ocupación?

Ama de casa ()

Estudiante ()

Trabajadora eventual ()

Otro () Especifique.....

5. ¿Cuál es tu grado de instrucción?

Sin estudios ()

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior incompleta ()

Superior completa ()

6. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero /a ()

Casado/a ()

Viudo/a ()

Divorciado/a ()

Conviviente ()

7. ¿Qué religión profesa usted?

Católico ()

Evangélico ()

Otro. () Especifique.....

III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

8. ¿Con quién vives actualmente?

Con mis padres ()

Uno de los padres ()

Algún familiar ()

Otro () Especifique.....

9. ¿Tienes hermanos/as?

Sí ()

No ()

IV. DATOS INFORMATIVOS

10. ¿Usted recibió charlas sobre salud sexual reproductiva?

Sí. ()

No. ()

De ser afirmativa conteste las siguientes preguntas:

a. ¿Con que frecuencia recibe charlas sobre salud sexual y reproductiva?

Siempre. ()

A veces. ()

Nunca. ()

b. ¿Qué institución le brindó las charlas de salud sexual y reproductiva?

Colegio ()

Sector educación ()

Establecimiento de salud ()

Otro () Especifique.....

INSTRUMENTO 02

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TÍTULO DEL ESTUDIO: Nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del Distrito de Amarilis - 2017.

INTRUCCIONES: Estimado adolescente, sírvase responder las siguientes interrogantes que a continuación se presentan relacionados a los temas de la salud sexual y reproductiva. Agradezco de antemano su participación que será de mucha ayuda los datos que ustedes me brinden.

I. CONOCIMIENTOS GENERALES

- 1. ¿Cuál es la edad de una mujer en edad fértil?**
 - a. 20 a 49 años
 - b. 18 a 49 años
 - c. 15 a 49 años
 - d. 20 a 35 años
- 2. ¿Cuándo se debe iniciar las relaciones sexuales?**
 - a. Cuando se adquiere responsabilidad de uno mismo.
 - b. Cuando se tiene estabilidad económica.
 - c. Madurez biológica y psicológica.
 - d. Cuando se es independiente.
- 3. ¿La edad más apropiada para ser madre es?**
 - a. 18 a 40 años
 - b. 16 a 38 años
 - c. 20 a 35 años
 - d. 25 a 40 años
- 4. ¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos en las adolescentes, excepto?**
 - a. El derecho a la salud e intimidad.
 - b. El derecho a la vida, educación e información.
 - c. El derecho al libertinaje e intimidad.
 - d. El derecho a no padecer violencia y ser discriminado.
- 5. ¿Qué es el embarazo?**
 - a. Periodo que transcurre desde el momento de la relación sexual y el momento del parto.
 - b. Primer día del último periodo menstrual.

- c. Período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.
- d. Periodo que transcurre desde el último día del periodo menstrual.
- 6. ¿Desde cuándo una mujer debe realizarse el Papanicolaou?**
 - a. Desde la pubertad
 - b. Desde la adolescencia
 - c. Desde que inicia su vida sexual activa
 - d. Desde que tenga los 18 años
- 7. ¿Cuál es el propósito de realizarse el Papanicolaou?**
 - a. Curar el cáncer de cuello uterino
 - b. Evitar la propagación del cáncer de cuello uterino.
 - c. Detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero.
 - d. Prevenir infecciones de transmisión sexual.
- 8. ¿Cuál es el factor más importante asociado al desarrollo de cáncer de cuello uterino?**
 - a. Edad temprana de inicio de las relaciones sexuales.
 - b. No utilizar métodos anticonceptivos con sus parejas.
 - c. Haber tenido varias parejas sexuales.
 - d. No vacunarse contra el virus del papiloma humano (VPH).
- 9. ¿El embarazo adolescente trae consecuencias, excepto?**
 - a. Partos prematuros.
 - b. Bajo peso al nacer.
 - c. Menor número de abortos.
 - d. Mayor probabilidad de cesáreas.
- 10. ¿Qué cree que se deben hacer para promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes e impedir la muerte de madres adolescentes y sus hijos por causas relacionadas con el embarazo?**
 - a. Formar grupos de adolescentes.
 - b. Promover actividades de diversión.
 - c. Información, incluida una educación sexual integral.
 - d. Promover deportes continuos con los adolescentes.

II. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 11. ¿Qué es la planificación familiar?**
 - a. Es acudir al programa de planificación familiar del centro de salud.
 - b. Es una acción que permite a la mujer decidir el número de hijos a tener.
 - c. Es una acción que permite a hombres y mujeres la posibilidad de decidir en forma libre y responsable, el número de hijos que deseen así como cuando y con qué frecuencia tenerlos.
 - d. Es una estrategia para controlar la población.

12. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más recomendados?

- a. El condón y el método del ritmo.
- b. El método del ritmo.
- c. Pastillas anticonceptivas e inyectables.
- d. Ninguna.

13. ¿Cuál es un método anticonceptivo natural?

- a. Preservativos.
- b. Ligadura de trompas.
- c. Método del ritmo o calendario.
- d. Lactancia materna y el condón.

14. ¿Cuál es un método anticonceptivo definitivo?

- a. Implantes
- b. Inyectables
- c. Vasectomía
- d. T de cobre

15. ¿Son reversibles los métodos anticonceptivos definitivos?

- a. No
- b. A veces
- c. Si
- d. Ninguna

16. ¿Cuál no es un método anticonceptivo?

- a. Método del ritmo
- b. Preservativos
- c. Abstinencia sexual
- d. Píldoras o pastillas

17. ¿Cuál es el método recomendado en las mujeres que hayan tenido un hijo?

- a. El preservativo
- b. Píldoras y pastillas
- c. Inyectables
- d. Método del ritmo

18. ¿Cuál no es un beneficio de la planificación familiar en la adolescente?

- a. Prevención del VIH.
- b. Disminución de abortos peligrosos y embarazos no deseados en adolescentes.
- c. Control de la mortalidad.
- d. Libertad de decisión del adolescente.

19. ¿Cuál es el método que evita el embarazo y las infecciones de transmisión sexual?

- a. Implantes

- b. T de cobre
- c. Preservativos
- d. Diafragma

20. Cuál es el método anticonceptivo definitivo en el varón?

- a. Ligadura de trompas
- b. Implantes
- c. Vasectomía
- d. Preservativos

III. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

21. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual

- a. Son un conjunto de deformaciones en el cuerpo.
- b. Son un conjunto de medidas preventivas.
- c. Son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten por medio de contacto sexual.
- d. Son un conjunto de enfermedades que se transmiten de persona a persona.

22. ¿Cómo se pueden contagiar las ITS

- a. Por medio de relaciones con una sola pareja que no esté infectada.
- b. Por medio de muestras de afecto con otra persona como: besos, abrazos, caricias, etc.
- c. Por medio de sexo vaginal, sexo anal y sexo oral.
- d. Por medio de relaciones con varias parejas no infectadas.

23. ¿Cuál no es una enfermedad de transmisión sexual?

- a. Gonorrea
- b. Sífilis
- c. Tuberculosis
- d. VIH

24. ¿Cuáles signos y síntomas te llevarían a pensar que una mujer tiene una infección de transmisión sexual?

- a. Dolores continuos de cabeza.
- b. Periodos menstruales irregulares.
- c. Secreción y sangrado vaginal inusual.
- d. Sangrado vaginal abundante.

25. ¿Son medidas preventivas para evitar la ITS, excepto?

- a. Usar preservativos siempre que se mantenga relaciones sexuales esporádicas o con personas desconocidas.
- b. Cuidar al máximo la higiene diaria de los órganos sexuales externos para evitar la colonización por microorganismos.
- c. Utilizar jeringas y cepillos contaminados.

- d. Acudir al médico siempre que se observe alguna alteración en sus órganos sexuales.

26. ¿Cuáles son los síntomas y signos de la gonorrea en la mujer?

- a. Surgen llagas en la parte infectada.
- b. Surgen trastornos oculares y cardiopatías.
- c. Surgen secreciones vaginales y sangrados inusuales y dolor en la parte inferior del abdomen.
- d. Producen problemas cardiacos y respiratorios.

27. ¿Cuáles son las infecciones de transmisión sexual curables?

- a. VIH
- b. VIH y sífilis
- c. Sífilis, gonorrea
- d. Tricomoniasis y tuberculosis

28. ¿Cómo se transmite la sífilis?

- a. Se transmite a través del contacto genital
- b. Se transmite por medio del semen
- c. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas abiertas de una persona infectada.
- d. Se transmite por medio de la saliva.

29. ¿Qué consecuencia principal tiene el virus del VIH?

- a. Puede causar serios problemas como, trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos.
- b. Pequeñas verrugas en el área genital; vagina y uretra
- c. Disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas.
- d. Produce desnutrición en la persona

30. ¿Qué significa SIDA

- a. Síndrome de inmunosupresión adquirida
- b. Síndrome de inmunodeficiencia activa
- c. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- d. Síndrome de inmunosupresión activa

INSTRUEMNTO 03

ESCALA DE PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE EN ESTUDIO

TITULO DEL ESTUDIO: Nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes de la Institución Educativa Mariano Dámaso Beraún del Distrito de Amarilis – 2017.

INTRUCCIONES:

Es estrictamente necesario que:

- Enfoque su atención en la educación sobre salud sexual reproductiva.
- Responda todas las preguntas.
- Tener en cuenta que se tiene una sola opción para llenar por cada una de las preguntas o enunciados.
- Responder de manera franca y honesta ya que de esta manera se permitirá ayudar orientar en la salud sexual reproductiva.
- Leer atentamente el contenido del mismo, no llevará más de 25 minutos aproximadamente, y atendiendo a cómo se siente respecto a los distintos aspectos encuestados, a partir de los últimos 3 meses, responder posicionándose en alguna de las opciones que se presentan, encerrando con un círculo el número de la escala que mejor describa su situación.
- Para la valoración de sus respuestas deberá tener en cuenta las siguientes alternativas de respuestas:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo (TED)	En desacuerdo (ED)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NDNED)	De acuerdo (DA)	Totalmente de acuerdo (TDA)

Muchas gracias por su valiosa colaboración

Nº	Reactivos	OPINION				
ESTILO DE VIDA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE		1	2	3	4	5
RESPONSABILIDAD Y PREVENCION DEL RIESGO SEXUAL						
1	Cumplo con mis obligaciones.					
2	Me considero obediente.					
3	Llego a mis clases puntuales.					
4	Ayudo en las tareas de la casa.					
5	Tener relaciones sexuales (coitales) me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y a las ITS/VIH/SIDA.					

6	La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
7	Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre métodos anticonceptivos.					
8	Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay efecto entre ellos y si ambo están de acuerdo.					
9	Creer que hoy en día todos deben usar preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA.					
LIBERTAD PARA DECIDIR						
10	Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad.					
11	Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
12	Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten.					
13	Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar.					
14	Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad.					
15	Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos.					
AUTONOMIA						
16	Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual.					
17	Creer que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
18	Es fácil expresar mi opinión ante los demás.					
19	Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal.					
20	Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción, etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD						
21	Mi pareja y yo nos consideramos iguales.					
22	Creer que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
23	Cuando estoy frente a un problema de salud sexual mi pareja responde conjuntamente conmigo en la solución del problema.					
24	Mi pareja respeta mi espacio con mis amigos.					
25	Mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones coitales.					
26	Mi pareja conversa conmigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
27	Converso con mi pareja sobre el desarrollo personal de ambos.					
28	Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos.					
SEXUALIDAD Y AMOR						
29	Creer que en una relación sexual debe haber amor de por medio.					
30	Las relaciones coitales se dan casualmente.					

31	La pérdida de la virginidad de una mujer antes del matrimonio no debe ser mal vista por la sociedad.					
32	La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable.					
33	La relación con mi pareja es estable.					
34	El amor que siento por mi pareja es correspondido de la misma manera que yo lo hago.					
35	Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
36	Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes.					
37	Creer que las/los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO						
38	Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona.					
39	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual.					
40	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor.					
41	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto.					
42	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación.					
43	Cuando las relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado.					
44	Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza.					
45	La sexualidad es compartida por esta razón debes ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos.					
46	Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
47	Las mujeres ven la sexualidad como algo malo porque sus padres les transmiten ese concepto.					
48	Las mujeres que sienten temor a la sexualidad son por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas.					